

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 7

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE M. LE PROFESSEUR BÉRARD

Les ruptures associées de la rate et du rein gauche

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri LATHURAZ-VIOLLET

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 18 Août 1904 à EPERNAY (Marne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

LES RUPTURE ASSOCIÉES
DE LA RATE ET DU REIN GAUCHE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 7

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE

DE M. LE PROFESSEUR BÉRARD

Les ruptures associées de la rate et du rein gauche

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri LATHURAZ-VIOULET

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 18 Août 1904 à EPERNAY (Marne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *président*; POLLOSSON, *assesseur*;
CIBERT et GUILLEMINET, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur

Nous avons eu l'honneur d'être externe de son Service. Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'expression de nos sentiments respectueusement reconnaissants.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESJACQUES

Chef de Clinique Chirurgicale

Il a toujours été pour nous un ami
et un maître bienveillant. Il nous a
fourni le sujet de cette thèse et nous
a aidé dans son élaboration. Nous l'en
remercions bien sincèrement.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE LYON

MM. LE DOCTEUR GOYET

LE PROFESSEUR BERARD

LE DOCTEUR BONNAMOUR

LE DOCTEUR LÉON NOVE-JOSSERAND

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

MM. LE DOCTEUR LAMY

LE DOCTEUR MARTIN-SISTERON

LE PROFESSEUR PORTE

Directeur de l'Ecole de Médecine

LE PROFESSEUR CIBERT

LE PROFESSEUR TERMIER

Nous les remercions de leur enseignement.

LES RUPTURES ASSOCIÉES DE LA RATE ET DU REIN GAUCHE

Introduction

Les contusions de l'abdomen sont de nos jours extrêmement fréquentes et les lésions qu'elles déterminent sont des plus variées. Parmi celles-ci les ruptures de la rate sont d'observation courante, elles ont été particulièrement bien étudiées en ces dernières années; le mémoire de Quénu repose sur 151 observations; à la Société de Chirurgie de Lyon, MM. Patel, Perrin, Alamartine en ont apporté des exemples. Il arrive que la rate ne se trouve pas seule lésée au cours des traumatismes abdominaux: en même temps d'autres viscères peuvent être atteints eux aussi (intestin, mésentère, pancréas). Au nombre de ces lésions associées, il convient de faire une place à part à celles de la rate et du rein gauche, proches voisins de l'hypochondre gauche: ces deux viscères peuvent être atteints par le même traumatisme.

La plus ancienne observation de rupture associée de la rate et du rein gauche fut publiée en 1861 par

Fisher: le blessé mourut en quelques heures sans avoir été opéré. En 1885, Roddick fit la première splénectomie pour rupture traumatique de la rate; le blessé succomba d'ailleurs six heures après l'intervention; l'autopsie montra qu'il existait des déchirures multiples du rein gauche qui n'avaient pas été traitées. En 1889, Weir, le premier, pratiqua l'ablation de la rate et du rein gauche lésés par un traumatisme: le malade ne survécut que neuf heures. Quatre ans plus tard seulement, *Hersey guérit son malade après une splénectomie et une néphrectomie pour rupture associée*. En 1908, Caplesco présenta à la Société de Chirurgie de Paris un cas analogue, premier cas français opéré et guéri.

Depuis une dizaine d'années, les observations de rupture associée de la rate et du rein gauche sont devenues tout de même moins rares. A l'heure actuelle on compte une vingtaine de cas dans lesquels les lésions de la rate et du rein nécessitèrent une intervention avec un nombre de guérisons égal à la moitié des cas traités. Récemment, à la Société de Chirurgie de Paris, M. d'Allaines faisait un rapport sur des observations de P. Goinard (d'Alger) et insistait sur leur intérêt.

En 1929, notre maître et ami, le Docteur Desjacques, a opéré une enfant de 7 ans atteinte de rupture de la rate et du rein; la guérison survint après splénectomie et néphrectomie. Il a bien voulu nous confier ce travail d'ensemble, nous aider dans son élaboration et nous donner son observation, première observation lyonnaise, semble-t-il, de guérison après rup-

ture associée de la rate et du rein. Nous l'en remercions. —

Nous tenons à adresser tout particulièrement nos remerciements respectueux à M. le Professeur Bérard, qui a bien voulu accepter de présider notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et anatomie pathologique

I^o Etiologie

FRÉQUENCE. — Tous les travaux d'ensemble consacrés aux lésions de la rate et du rein signalent la possibilité de leur association. En 1874, Besnier constate sur 23 observations de rupture de la rate, trois fois des lésions du rein; Vincent deux fois sur 31 observations. Planson remarque que sur les 12 cas de rupture de la rate présentés à la Société de Chirurgie de Paris, de 1900 à 1909, il y avait quatre fois des lésions rénales (cas de Loison, Lecène, Auvray et Caplesco). Il rapporte lui-même deux observations personnelles. Bories, dans sa thèse, basée sur 23 ruptures de la rate, en note un cas. Ferry de la Bellone, sur 24 observations, signale trois fois des lésions rénales. Puel (1916) ajoute, lui aussi, deux cas nouveaux tirés d'une statistique de 49 observations. Lardennois, dans sa belle thèse sur les ruptures traumatiques

du rein trouve, dans 770 observations de contusion rénale, neuf fois des ruptures de la rate. En 1926, J. Quénu, sur 151 observations de rupture de la rate, rapporte 15 cas de lésion concomitante du rein, ce qui représente un pourcentage de 10 %. Desjacques, sur 3 observations personnelles observe une fois une lésion associée du rein. En recherchant toutes ces observations et en y ajoutant toutes celles parues depuis, nous sommes arrivé au total de 48 cas de lésions associées; c'est dire que, sans être fréquentes, ces lésions ne sont pas l'exception et qu'il faut compter avec elles dans la thérapeutique des contusions abdominales.

AGE. — Ce sont surtout des sujets jeunes qui sont atteints de rupture associée de la rate et du rein gauche. Dans nos observations nous relevons 14 blessés âgés de 10 à 20 ans et 8 de 20 à 30 ans.

Voici ci-dessous un tableau indiquant la fréquence de la lésion suivant l'âge:

0 à 10 ans	3 cas	Obs. 1, 14 et 34.
10 à 20 ans	14 cas	Obs. 4, 6, 8, 13, 25, 28, 29, 30, 33, 42, 43, 45, 46, 47.
20 à 30 ans	8 cas	Obs. 2, 2, 15, 18, 24, 26, 31, 38, 40.
30 à 40 ans	4 cas	Obs. 20, 22, 35 et 48.
40 à 50 ans	5 cas	Obs. 3, 3, 10, 21, 36, 44.
50 à 60 ans	3 cas	Obs. 7, 17 et 37.
60 ans et plus	0 cas.	

SEXE. — Les hommes, plus exposés aux grands traumatismes que les femmes, fournissent le plus grand nombre des cas de rupture associée. Six fois

seulement les victimes étaient du sexe féminin ; il s'agissait alors de quatre fillettes âgées de 7, 11 et 13 ans et de deux jeunes filles de 19 ans.

Maladies antérieures

A) *Maladie générale avec splénomégalie, paludisme, etc.*

B) *Maladie de la rate et du rein.*

Il convient de remarquer que des antécédents pathologiques sont rarement observés. Les ruptures, pour ainsi dire « spontanées » de la rate existent et si dans nos pays elles ne sont guère observées, les chirurgiens des pays chauds ont l'occasion de les rencontrer fréquemment. Trois de nos observations en sont la preuve : il s'agissait alors de rates adhérentes (obs. 22, obs. 47, obs. 48) et hypertrophiées (obs. 47) observées chez des Algériens, rates probablement paludéennes. Par contre, les ruptures spontanées du rein n'existent que très rarement. En conséquence, un traumatisme important est nécessaire au moins pour blesser le rein, c'est dire que ces lésions associées sont le résultat de grands traumatismes.

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT. — La rupture est causée, dans la majorité des cas, par un accident de voiture, d'automobile ou de motocyclette (17 cas), soit qu'une roue du véhicule ait passée sur le corps du blessé dans la région du flanc gauche (7 cas, obs. 7, 8, 11, 25, 29, 34, 38), soit que le blessé ait

été écrasé entre le véhicule et un autre objet (4 cas, obs. 24, 30, 47, 48).

Souvent aussi la chute d'un lieu élevé provoque une lésion analogue (12 cas), surtout lorsque le sujet tombe sur un corps dur, par exemple un angle de mur (obs. 18), un gros tronc d'arbre (obs. 12) du haut d'un premier étage d'une maison (obs. 1).

Plus rarement un coup violent, un coup de pied de cheval par exemple (obs. 14 et 15) est responsable de la rupture associée (10 cas). On trouve d'ailleurs souvent, sur le corps du blessé, la trace du traumatisme causal sous forme de plaies ou d'ecchymoses.

II^o Anatomie pathologique

Les lésions constatées sur la rate et sur le rein sont plus ou moins profondes. Elles sont d'ailleurs différentes pour l'un et l'autre organe. Le rein a un parenchyme plus consistant, plus résistant que la rate, donc, en principe, moins intensément lésé que la rate par le traumatisme, qui les lèse l'un et l'autre (sauf naturellement en cas de traumatisme agissant d'arrière en avant).

a) LES LÉSIONS DE LA RATE sont toujours très marquées, incompatibles avec une conservation de l'organe, mais il convient de rappeler que d'une façon très générale les ruptures de la rate ne prêtent guère à la pratique d'une chirurgie conservatrice et qu'on a bien plus souvent l'occasion de faire pour elles l'intervention radicale de la splénectomie; il n'y a aucune

raison pour qu'il n'en soit pas de même parce que le rein est atteint lui aussi. De fait, nous n'avons pas trouvé dans nos observations de cas où l'on ait pu se contenter, au niveau de la rate, d'une suture ou d'un tamponnement. Les lésions sont, le plus souvent, très sérieuses; *sur 48 observations rapportées, dans 12 cas la rate n'a pas été enlevée et dans ces 12 cas la mort est survenue.*

Une remarque s'impose avec évidence: il peut exister à la suite d'un traumatisme une lésion minime de la rate, une simple fissure par exemple. Dans le même temps le rein est plus ou moins lésé. Cette fissure peut rester compatible avec la vie, elle peut en conséquence passer inaperçue; il n'y a pas là de signes révélateurs, comme l'est une hématurie légère, en cas de contusion même peu accentuée du rein. Ainsi de tels malades peuvent être traités pour une simple contusion rénale, alors que la rate elle aussi est un peu contuse. En d'autres termes les lésions extrêmement minimes de la rate pouvant facilement passer inaperçues en absence de signes caractéristiques, on est conduit à ne voir, le plus souvent, que d'importantes lésions spléniques.

C'est bien ce que l'on trouve en effet: d'importantes lésions de la rate; ce sont des ruptures de la capsule (33 cas), un véritable broiement de l'organe (11 cas); dans une observation à l'opération, on trouve même de petits morceaux de rate libres au milieu de caillots dans le côté gauche de l'abdomen. La rate peut même être détachée au niveau de son pédicule vasculaire (3 cas, obs. 9, 14 et 35). Dans

l'observation de M. Desjacques, « la rate est trouvée rompue à l'union de son tiers supérieur et ses deux tiers inférieurs, le pôle supérieur est presque complètement détaché ».

Ces lésions entraînent une hémorragie intrapéritonéale. Cette hémorragie peut avoir tendance à se collecter dans la loge splénique et s'y prendre en caillots avant de diffuser dans la grande cavité péritonéale. Cette hémorragie est généralement précoce, car les lésions sont sérieuses. Il n'existe pas ici, comme dans les lésions moins graves de la rate, la période latente nécessaire à la production de l'hématome intrasplénique qui ne doit d'ailleurs se rompre que plus tard. Elle peut s'arrêter pour reprendre à nouveau.

Exceptionnellement, cette rate ne saigne pas, nous en trouvons deux cas (obs. 14 et 15), le cas de Lataste (obs. 14) en est un exemple: « Il existait dans la région hilaire un broiement étendu, la rate était arrachée de son pédicule et il n'y avait qu'une quantité insignifiante de sang dans la loge splénique, cinq heures après l'accident, cette absence d'hémorragie étant due soit à la présence d'un caillot, soit à une vaso-constriction énergique avec rétraction des vaisseaux ».

LES LÉSIONS DU REIN sont très souvent moins graves que celles de la rate. Dans un certain nombre de cas opérés, malgré l'existence d'un hématome périrénal ou d'une hématurie, on n'a rien fait du côté du rein, et cependant on a pu obtenir la guérison. Evidemment l'hématurie est le signe révélateur de la contusion ré-

nale, mais celle-ci peut être minime et susceptible de guérison spontanée (au contraire, lorsque la rupture splénique donne des signes spléniques nets, c'est que la rupture est très grave). Dans le cas de M. Desjagues, la rupture rénale était importante puisque le rein gauche éclaté à sa partie moyenne était presque divisé en deux parties.

La lésion rénale consiste le plus souvent en une *rupture de la capsule* (27 cas, obs. 2, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 30, 31, 32, 33, 37, 39, 43, 45, 46, 47) qui peut être quelquefois insignifiante (obs. 17), dans d'autres cas se prolonger dans le parenchyme et atteindre le bassinet (obs. 47).

Moins fréquemment *le rein est éclaté*; nous en trouvons 8 cas (obs. 1, 3, 4, 35, 40, 42, 44, 48), éclatement ayant dans quelques cas la forme d'une étoile (obs. 48).

Enfin, exceptionnellement, il s'agit d'un *arrachement complet de l'organe* (obs. 38) et le rein se trouve alors flottant dans la cavité péritonéale, comme dans l'observation 38, dans laquelle le péritoine de la paroi postérieure de l'abdomen avait été déchiré et avait permis au rein de sortir de sa loge.

Ces lésions rénales donnent lieu à la formation d'un hématome périrénal d'un volume variable (Lardenois). Il peut être très volumineux, descendre dans le bassin, comme dans l'observation 13 où l'espace pelvi-péritonéal était encombré de caillots et faisait penser à une rupture vésicale. Nous l'avons trouvé noté 14 fois (obs. 1, 1, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 27, 29, 30, 40, 42, 47, 48).

En plus du péritoine, qui est très souvent déchiré, d'autres organes peuvent être lésés aussi, en particulier les dernières côtes gauches et nous avons noté une fois sur cinq des fractures à leur niveau. Voici d'ailleurs un tableau des lésions associées.

Fractures de côtes	9 cas Obs. 3, 7, 11, 12, 16, 31, 37, 38, 44.
Déchirure du foie	5 cas Obs. 4, 5, 11, 20, 34.
Déchirure du rein droit	2 cas Obs. 7, 9, 11, 13, 34.
Déchirure du pancréas	2 cas Obs. 10 et 19.
Déchirure du diaphragme	1 cas Obs. 22.
Fracture du crâne	1 cas Obs. 4.

Ces cas, dans lesquels il existe des lésions costales et des lésions des autres organes abdominaux, sont d'ailleurs très graves, puisque dans les 23 observations que nous venons d'énumérer on n'a pu obtenir que deux guérisons chez des malades qui avaient des côtes fracturées (obs. 31 et 44).

CHAPITRE II

Etude clinique

Symptômes et évolution Formes cliniques, pronostic

Le blessé, un homme jeune, le plus souvent, a subi d'ordinaire un traumatisme considérable : accident de voiture, ou d'automobile, chute d'un lieu élevé, coup de pied dans l'abdomen.

Les premiers phénomènes que l'on observe sont les *symptômes de shock*. Ils existent pour ainsi dire toujours. Le blessé est pâle, subconscient, la respiration est superficielle, le pouls petit, incomptable (il s'agit-là d'ailleurs plutôt de phénomènes d'inhibition nerveuse dus à l'atteinte du sympathique abdominal, comme le remarque J. Quénu). Dans 18 observations cet état de shock est signalé. Il peut cependant être peu marqué, voire même absent, témoin le blessé de

l'observation 30 qui, malgré une douleur très vive, arrivé à se déplacer. La mort peut survenir très rapidement avec accentuation des phénomènes de shock ne laissant aucune possibilité à une action thérapeutique active; la rapidité et l'abondance de l'hémorragie peuvent être la cause de la mort. Il n'en est heureusement pas toujours ainsi, spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié, l'état du malade peut s'améliorer, au moins dans une certaine mesure. C'est d'ailleurs quelques heures après le traumatisme que le chirurgien est amené d'ordinaire à examiner le blessé et à prendre une décision. Les phénomènes généraux et locaux l'amènent à un diagnostic assez vague mais précieux (car dictant la conduite à tenir) de contusion abdominale. Des symptômes particuliers pourront faire préciser parfois ou soupçonner seulement quels sont les organes lésés.

a) LES SIGNES GÉNÉRAUX sont d'ordinaire parfaitement accusés: ce sont des signes d'hémorragie interne, le plus souvent importante puisque dans les cas que nous envisageons la rate présente presque toujours des lésions très graves. Le blessé a pu se remettre de son état de shock ou son état s'aggrave de plus en plus. Bien surveillé, on le voit s'affaiblir progressivement. Pâle, les muqueuses décolorées et les extrémités refroidies, son pouls est très rapide à 120, 130, 150. Cette accélération du pouls n'est pas absolument constante, même avec une grosse hémorragie interne, témoin le blessé de l'observation 25, dont le pouls battait à 80 et chez lequel l'ouverture du péritoine permit à un flot de sang de faire irruption* au dehors. Mais

c'est une règle que l'hémorragie interne s'accompagne d'un pouls de plus en plus faible, de plus en plus rapide avec fléchissement de la tension artérielle.

La température est à un niveau variable, abaissée, normale, ou encore au-dessus de la normale (obs. 1) dans les quelques heures qui suivent l'accident, sans que l'on puisse l'expliquer par une résorption sanguine qui, en principe, n'apparaîtrait qu'au bout de quelques heures.

A côté des signes généraux, les signes fonctionnels sont souvent bien marqués.

b) LES SIGNES FONCTIONNELS *accusés par le blessé* sont essentiellement des *phénomènes douloureux*. Le blessé se plaint d'une douleur spontanée plus ou moins violente au niveau du flanc gauche (13 cas), signe très important, à tel point que l'on a pu dire que cette douleur, jointe aux signes d'hémorragie interne à la suite d'un traumatisme de l'abdomen, permettait le diagnostic de rupture de la rate. Qu'elle soit localisée au flanc gauche ou généralisée à l'abdomen, la douleur est un bon signe de contusion abdominale; de même le blessé peut accuser une zone douloureuse dans la région lombaire; quelquefois il se plaint de souffrir de l'épaule gauche.

L'examen du blessé va permettre de soupçonner la lésion d'un organe intra-péritonéal.

c) LES SIGNES PHYSIQUES peuvent se manifester dès l'*inspection* du tronc, permettant souvent d'apercevoir, ainsi que nous l'avons dit plus haut, une ecchymose ou une plaie superficielle indiquant le siège du traumatisme.

La palpation permet de percevoir souvent deux symptômes importants:

a) *La douleur provoquée par la palpation.* Tout l'abdomen peut être douloureux lorsqu'on le déprime, mais aussi la douleur peut être réveillée de façon élective au niveau du flanc gauche et dans la région lombaire gauche: indiquant une lésion probable des organes de ce secteur. La douleur marche souvent de pair avec la contracture, mais l'une et l'autre peuvent tromper le clinicien en ne siégeant pas au point où les lésions sont à leur maximum.

b) *La contracture de la paroi abdominale* est un signe excellent dans la sémiologie des contusions abdominales. Une contracture très intense à l'hypocondre gauche est indiquée dans 11 observations; cette contracture est localisée à la région splénique et peut être le signe le plus précieux du diagnostic, d'après J. Quénu. Dans 5 cas elle est généralisée à tout l'abdomen, indice d'une lésion intra-péritonéale, suffisant, en l'absence de tout autre symptôme, pour indiquer la nécessité d'une opération immédiate (Hartmann).

Il faut bien se remémorer cependant que la contracture généralisée ou localisée à une région de l'abdomen peut faire croire à une lésion viscérale qui n'existe pas (J. Quénu). *M. le Professeur Bérard insiste aussi sur la possibilité d'une contracture nette tout au début, peu après l'accident, sans lésion des organes abdominaux.* Malgré tout ce signe de la contracture est extrêmement important et ne trompe pas souvent.

La contracture peut d'ailleurs être absente, on ne saurait l'oublier malgré des lésions viscérales. Elle

manquait dans les observations 12, 20 et 47. Dans l'observation 48 elle se tenait à droite. L'examen peut être rendu difficile par le météorisme abdominal, comme dans les observations 10, 16, 35, 38 et 44.

La percussion de l'abdomen peut permettre d'observer une zone de *matité* dans le flanc gauche (13 cas); cette matité est signalée dans un quart des cas environ. La sonorité des anses situées en avant de l'épanchement sanguin peut masquer des symptômes de valeur.

Dans l'observation de Planson (obs. 30), le signe de Pitt et de Ballance est bien décrit. Ce signe consiste en « matité de l'hypocondre gauche persistant même si le malade se couche sur le côté droit, ce signe traduirait la présence de sang coagulé autour de la rate, de sang liquide dans le reste du ventre » (J. Quénu).

La matité est un signe inconstant souvent difficile à rechercher du fait du météorisme, c'est cependant un signe important.

Les signes que nous venons de passer en revue orientent très franchement le diagnostic vers une *lésion d'un organe intra-péritonéal*. Ils peuvent permettre, de plus, de suspecter une *rupture de la rate* à l'origine des accidents observés (signes d'hémorragie interne, douleur et contracture du flanc gauche), *l'association d'une lésion du rein* va se révéler avec une netteté plus grande.

L'hématurie est toujours recherchée après les traumatismes abdominaux. Le malade a des mictions sanglantes ou un cathétérisme de l'urètre ramène une urine plus ou moins teintée de sang. Lardennois dit que l'hématurie existe dans 95 % des cas de rupture

du rein. Dans quatre de nos observations, il est spécifié que l'hématurie est absente; peut-être, faut-il en trouver la raison dans la fréquence de deux des causes nécessaires à l'absence d'hématurie: la présence de caillots dans l'uretère ou l'arrachement de l'uretère; ces causes existent souvent en raison des lésions assez marquées du rein.

C'est sans doute à cause de cette oblitération de l'uretère par des caillots, l'autre uretère étant imperméable avec hydronéphrose qu'était due l'anurie que présentait le malade de l'observation 20.

L'examen physique doit toujours, mais surtout s'il y a hématurie, porter sur la région lombaire et rechercher s'il existe:

L'hématome lombaire. L'hématurie avertit de la lésion rénale, l'hématome en mesure le degré, il s'accompagne de contracture de la paroi lombaire, on a la sensation que la fosse lombaire est pleine et lourde. Mais cet hématome demande environ douze heures pour devenir perceptible au palper (Lardennois). D'ordinaire une décision aura du être déjà prise; de fait, sauf dans deux cas (obs. 23 et 35) où l'hématome a pu être perçu trois ou sept heures après l'accident, il n'a jamais été découvert précocement. M. Guilleminet (obs. 22) note qu'au bout de deux heures et demie il n'y a pas d'hématome progressif. Plançon (obs. 30) dit que chez son blessé les deux régions lombaires sont absolument normales d'aspect et parfaitement indolores à la palpation même profonde cinq heures après l'accident. A l'opération on trouve au niveau de la face antérieure du rein gauche, sous le

péritoine pariétal postérieur, un épanchement sanguin considérable. C'est seulement quinze heures après l'accident que Puel (obs. 30) trouve la région lombaire tendue et douloureuse. On voit, par suite de la lenteur de l'hématome à se constituer, combien il est difficile de se douter de l'importance de la lésion rénale lorsque l'hématurie manque. La symptomatologie est dominée par la rupture de la rate et dans les quatre cas où l'hématurie était absente, on n'a pas diagnostiqué la lésion rénale. Morestin (obs. 11) dit que comme il n'y avait pas d'hématurie et que la symptomatologie était purement abdominale, on intervint sans diagnostic précis.

De la rapide étude symptomatique qui précède, il est aisé de déduire que le rein manifeste en général clairement son atteinte par une hématurie, mais que les symptômes de rupture splénique sont plus difficiles à interpréter.

On ne saurait oublier qu'il existe encore parfois des lésions associées qu'il faudra éviter de laisser passer soit au cours de l'examen, soit lors de l'intervention, fracture de côte, hémothorax, rupture du foie, lésion du rein droit, et même à distance comme une fracture du crâne.

Evolution, pronostic

Abandonnée à elle-même, la rupture associée de la rate et du rein entraîne toujours la mort. Cela se conçoit aisément: à la rigueur, des lésions rénales pas

trop étendues seraient compatibles avec la survie, mais il n'en est plus de même des lésions spléniques toujours graves, nous l'avons vu. La mort survient par shock et par hémorragie dans des délais assez courts, quelques heures le plus souvent, trois jours au maximum, avec affaiblissement progressif du blessé. La mort survient parfois très vite, deux heures après le traumatisme (obs. 36), deux heures et demie (obs. 15), trois heures (obs. 37), cinq, six, neuf heures (obs. 14, 15 et 31). A l'évidence, le choc est pour beaucoup dans l'issue fatale pour ces cas. L'observation 14 signale qu'il n'y a presque pas de sang épanché dans la cavité péritonéale. En réalité, pour la plupart des cas on doit admettre, semble-t-il, l'influence conjuguée de ces deux dangers: shock et hémorragie interne qui donnent, d'ailleurs, au point de vue clinique, des signes analogues. Observe-t-on ici comme dans les ruptures spléniques isolées ce *syndrome d'hémorragie retardée*, que J. Quénu trouve dans une proportion de 15 % dans les ruptures de la rate et sur lequel les auteurs lyonnais (Patel, Alamartine, Perrin, Tavernier, etc...) ont insisté. On concevrait ainsi l'évolution clinique: shock initial, hématurie, symptômes abdominaux peu accentués, puis brusquement, au bout de quelques heures: syndrome d'hémorragie interne. Nos observations en rapportent un cas (obs. 44); il est évident que l'observation 13 laissait place à la possibilité d'une hémorragie retardée, puisque la rate était arrachée de son pédicule et que ce pédicule ne saignait pas primitivement, mais le blessé décéda en quelques heures.

Il n'y a guère lieu de décrire *des formes cliniques* aux ruptures associées de la rate et du rein, on peut seulement penser qu'il y a *toute une échelle de gravité* à envisager, depuis les cas où les lésions déterminées sont intenses avec souvent atteinte d'autres organes abdominaux, à ceux où l'on peut obtenir la guérison par action sur le rein gauche et sur la rate, en passant par ceux où la seule splénectomie suffit pour entraîner la guérison.

LE PRONOSTIC apparaît toujours d'une gravité considérable, mais plus ou moins. Notre statistique montre d'une façon globale une mortalité de 66,6 % (soit 32 morts sur 48 cas) et dans les conditions modernes d'exercice de la chirurgie d'urgence, la mortalité s'abaisse à peine. Depuis 1920, 13 observations ont été publiées avec 5 guérisons (Roux, Wallace, Goinard, Duboucher, Desjacques), soit encore 61,1 % de mortalité. Souvent on est dépassé par les événements et la mort survient précocement avant que l'on n'ait pu intervenir, ou malgré une intervention bien menée. Celle-ci, pour être efficace, doit être conduite de façon précise et être effectuée précocement, ce qui n'est réalisable que grâce à un diagnostic aussi précis, aussi précoce que possible.

LE DIAGNOSTIC est assez difficile à établir, nous y avons insisté lors de l'étude symptomatique. Il est exceptionnel que l'on puisse affirmer l'existence d'une lésion associée de la rate et du rein gauche (douleur, contracture de l'hypocondre gauche, signe d'hémorragie interne, hématurie), mais on doit arriver au

moins au diagnostic de lésion d'un organe intra-péritonéal avec contusion du rein.

L'hématurie est un signe d'une haute valeur, surtout s'il existe en même temps un hématome lombaire. On la recherche avec soin à la suite d'un traumatisme abdominal, par cathétérisme si cela est nécessaire. On tentera la discrimination classique avec l'hématurie d'origine vésicale et l'urétrorragie; il n'est pas utile d'insister sur ce point.

Les signes abdominaux doivent aussi retenir l'attention; celle-ci ne doit jamais se laisser accaparer par la symptomatologie urinaire. Ils sont discrets souvent et les chirurgiens connaissent bien la difficulté que l'on éprouve à prendre une décision en matière de contusion abdominale. Les signes d'hémorragie interne imposent le devoir d'agir au plus vite. La contracture est un signe de valeur avec la réserve annoncée plus haut, de même les douleurs spontanées et provoquées, la matité. Quand ces signes se localisent à l'hypocondre gauche, on soupçonne beaucoup la rupture de la rate.

De toute façon, au moindre doute, c'est à la *laparotomie* qu'il faut avoir recours. Ce n'est bien souvent qu'une fois la laparotomie effectuée que l'on arrivera à faire le bilan des lésions (et encore pas toujours). Au cours de la laparotomie, il ne faut pas oublier l'exploration du rein qui quelquefois s'impose à l'investigation par l'importance de l'hématome qui l'entoure. Inversement, si la prédominance de la contusion rénale a poussé l'opérateur à inciser la région lombaire, cas plus rare, il ne faut pas perdre de vue

la possibilité d'une lésion intra-péritonéale et inciser au besoin le péritoine pré-rénal; suivant le conseil de P. Duval, d'Allaines fait remarquer qu'il est rare, au point de vue clinique, d'observer des symptômes péritonéaux au cours des ruptures du rein, parce que le péritoine pariétal résistant se laisse rarement déchirer et ne laisse pas filtrer le sang dans la cavité péritonéale. Il faut donc penser à une lésion intra-péritonéale concomitante si l'on observe des phénomènes de réaction du péritoine et agir en conséquence.

En terminant, disons que le diagnostic de lésion associée peut être parfois soupçonné, mais n'est le plus souvent affirmé qu'au cours d'une intervention qui doit être menée avec précision. Le ventre ouvert, on peut avoir même des difficultés; il faut craindre de laisser passer une lésion d'un autre organe abdominal. Il ne suffit souvent pas de palper la rate pour se rendre compte de ses lésions; il faut la voir grâce à une incision appropriée (cette possibilité d'erreur de palper est mise en évidence dans l'observation de Goinard). L'hématome lombaire, très développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal peut faire croire à une lésion vésicale qui n'existe pas (obs. 14).

De toute façon, il faut intervenir au moindre doute, sans négliger toutefois d'observer le malade pendant une demi-heure, une heure même, pour voir si les signes progressent ou régressent pendant que l'on met en œuvre l'arsenal thérapeutique habituel de la lutte contre le shock.

CHAPITRE III

Observations

Les observations que nous avons pu réunir sont de valeur très inégale. Il en est dont nous n'avons pu retrouver dans la littérature médicale que le résumé; il en est heureusement de plus complètes, permettant de se rendre bien compte de la symptomatologie présentée par le blessé et de la conduite chirurgicale adoptée.

1° *Nous rapportons tout d'abord l'observation de M. Desjacques, point de départ de notre travail.*

Puis nous classons les autres observations d'après la thérapeutique qui a été mise en œuvre;

2° *D'abord, voici les observations où l'on n'est pas intervenu du tout, ou bien où une simple laparotomie, sans plus, fut pratiquée, 12 observations donnent 12 décès;*

3° *Puis nous rapportons les cas où l'on n'a agi que sur le rein.*

Une suture du rein, une néphrectomie, chacune terminée par la mort;

4° Ensuite viennent les cas où l'on n'a agi que sur la rate.

5° Enfin se trouvent les cas où l'on a agi à la fois sur la rate et sur le rein:

a) Splénectomie et suture du rein, deux cas: un décès, une guérison;

b) Splénectomie et néphrectomie: 17 cas avec 9 décès et 8 guérisons, mais en y ajoutant l'observation 1, nous aboutissons à 9 décès et 9 guérisons.

OBSERVATION I

(DESJACQUES, *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1930.)

Contusion abdominale, rupture de la rate et du rein gauche, splénectomie et néphrectomie gauche.

Marie Ch..., 7 ans, fait une chute sur le ventre de la hauteur du premier étage, le 27 juin 1929, elle est amenée à l'Infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, à 20 heures. Elle présente :

1° Une plaie de la région frontale gauche avec ecchymose sous-conjonctivale. La plaie est désinfectée et fermée par quelques agrafes.

2° Des phénomènes douloureux au niveau de l'abdomen qui est contracturé. On met de la glace et la petite malade est surveillée très attentivement.

Revue à 24 heures. L'enfant présente toujours une contraction très marquée de la paroi abdominale, plus marquée, semble-t-il, dans sa moitié gauche. La pression à ce niveau est très nettement douloureuse ; de plus une hématurie de sang presque pur s'est déclarée, l'enfant est très pâle, les muqueuses décolorées, le pouls est faible à 130, 140 ; la température est

à 37,8. Il n'y a pas de symptôme anormal (en particulier, pas de vomissement, pas d'empâtement marqué des fosses lombaires).

On décide d'intervenir.

Intervention (Docteur Desjacques ; aide : Mlle Lambert).

— Une courte laparotomie sous-ombilicale montre du sang en abondance, libre entre les anses grêles ; elle est agrandie vers le haut, ce qui permet de se rendre compte que le sang vient de l'hypocondre gauche. On sectionne toute l'épaisseur de la paroi dans la direction de l'extrémité antérieure de la 10^e côte.

Il existe du sang, des caillots en abondance au-dessus du mésocôlon transverse. La rate est trouvée rompue à l'union de son 1/3 supérieur avec ses 2/3 inférieurs. Le pôle supérieur est presque complètement détaché. La splénectomie est pratiquée (suivant la technique classique) ; on s'aperçoit qu'il existe un énorme hématome qui occupe la région pré-vertébrale et la fosse lombaire gauche. On pratique un décollement de l'angle gauche du côlon, et on se trouve en présence du rein gauche éclaté à sa partie moyenne, presque divisé en deux parties. Le rein droit palpé semble sain ; aussi on se décide, un peu à contre-cœur, à une néphrectomie gauche.

Pour terminer une petite mèche est placée dans la loge rénale, la paroi est renfermée en trois plans laissant sortir la mèche à l'extrémité gauche de l'incision.

Les suites opératoires ne furent troublées par aucun incident notable. La malade fut transportée, le 3 juillet, dans le service de M. le Professeur agrégé Tavernier, à l'Hôpital Debrousse. La mèche fut enlevée le 5 juillet. La température est restée constamment au-dessous de 38°, sauf le soir même de l'ablation de la mèche où elle s'est élevée à 38,6. L'état général s'est rapidement amélioré ; la plaie s'est cicatrisée par première intention.

Un examen de sang (Mlle le Docteur Schoen) a donné, le 5 août :

Globules rouges, 4 millions trente mille.

Globules blancs, vingt mille.

Hémoglobine, 75 %.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles, 71 %.

Polynucléaires neutrophiles, 21 %.

Polynucléaires éosinophiles, 1 %.

Polynucléaires éosinophiles, 11 %.

Moyens mononucléaires, 15 %.

Grands mononucléaires, 6 %.

L'enfant a quitté l'hôpital, bien guérie, le 15 août, avec un état général et local parfait.

Revue le 15 mai 1930, état général floride, cicatrice solide, aucun trouble fonctionnel.

Observations où l'on n'est pas intervenu

OBSERVATION II

(*See. Soc. d'Anat.*, t. 17, page 312. in thèse de LARDENNOIS.)

H..., 22 ans, coup, rupture du rein gauche et de la rate, hématurie, mort par hémorragie.

OBSERVATION III

(FISHER, *Mitteil. des Klinick in Gottingen*, 1861, p. 201, in thèse de LARDENNOIS.)

H..., 45 ans, chute, déchirure complète du rein gauche et de la rate, fracture de trois côtes, mort en quelques heures par hémorragie.

OBSERVATION IV

(RECKLINGHAUSEN, *Virchows archiv.*, t. 20, 1861, in thèse de LARDENNOIS.)

H..., 13 ans, chute, rupture du rein, du foie et de la rate, fracture du crâne, mort par contusion cérébrale.

OBSERVATION V

(OGSTON, *Brit. Med. Chir. Review*, 1867, in thèse
de LARDENNOIS.)

H..., chute, déchirure du rein, du foie, et de la rate ; mort.
par hémorragie.

OBSERVATION VI

(MARJOLIN, *Gaz. des Hôpitaux*, 1867, n° 127, in thèse
de LARDENNOIS.)

H..., 16 ans, chute, déchirure du rein et de la rate, col-
lapsus, mort par hémorragie.

OBSERVATION VII

(HUE, in *gargar.*, Paris, 1881, in thèse de LARDENNOIS.)

H..., homme, 54 ans, écrasement, rupture des deux reins
et de la rate, pas d'hématurie ; fractures de côtes à droite
et à gauche ; mort 3 jours après, hémorragie.

OBSERVATION VIII

(HAVAGE, *Progrès méd.*, 1881, t. 9, p. 44, in thèse
de LARDENNOIS.)

H..., 13 ans, écrasement, rupture du rein, déchirure de la
rate, mort par hémorragie.

OBSERVATION IX

(ABBE, *New-York, Surg. Soc. in Ann. of Surgery*, 1900, t. 31,
in thèse de PLANSON.)

Rupture traumatique de la rate et des deux reins ; mort.
(La rate fut trouvée complètement détachée dans la fosse
iliaque droite.)

OBSERVATION X

(RICARD et MORESTIN, *in* thèse de VANVERTS, p. 33,
in thèse de PLANSON.)

H..., 45 ans, chute d'un lieu élevé sur un tas de pierres, shock, perte de connaissance, le surlendemain abdomen ballonné et douloureux, signes d'hémorragie interne, laparotomie, ablation du sang épanché, mort. A l'autopsie éclatement de la rate, déchirure du pancréas, arrachement du rein gauche.

OBSERVATION XI

(ZEMBICKI, *Soc. Anat.*, 1872.)

Charretier, renversé par une grosse voiture qui lui passe sur le corps, et lui fracture 7 côtes. Mort 14 heures après. Autopsie. Vaste déchirure du foie, des reins et de la rate qui était réduite en bouillie.

OBSERVATION XII

(ROCHER, *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1918, p. 41.)

Le 10 février, à 11 heures du matin, Jules H... tombe d'un arbre (hauteur 3 mètres), sur un gros tronc d'arbre, le traumatisme porte sur la région de l'hypocondre gauche. Ce n'est qu'à 19 heures que le blessé est conduit à l'hôpital de la Motte-Beuvron, le plus prochain du lieu de l'accident. En présence de l'état extrêmement grave, le médecin le fait transporter en auto à Orléans, où il arrive à 23 heures.

Etat d'anémie très prononcé. Extrémités froides, muqueuses décolorées, pouls radial non perceptible. Le blessé conserve sa connaissance. Aucun signe abdominal précis, sauf un endolorissement de tout le côté gauche du ventre. Pas de matité dans les fosses iliaques, pas de défense musculaire. Fracture des 9^e, 10^e et 11^e côtes gauches, au niveau d'une ligne verticale passant par la pointe de l'omoplate.

Traitement. — Réchauffement du malade qui frissonne, sérum de Hayem, huile camphrée, etc..., l'état du blessé ne se modifie pas. Le 11 février, à 5 heures du matin, il est vu par le Docteur Toupet qui conclut à une rupture du rein gauche (vessie pleine de sang), et élimine le diagnostic de lésion de la rate en l'absence de signe abdominal, notamment de défense de la paroi.

A 8 heures, je vois le blessé. Son état est désespéré. Plus de pouls, perte de connaissance, faciès décoloré, le cœur bat très lentement à 30. A 8 heures, mort.

Vu la marche rapide des événements, le siège de la contusion, attesté par les fractures de côtes, je pensais que la mort relevait d'une rupture splénique par inondation sanguine intra-péritonéale. Quant à la lésion rénale gauche, elle ne pouvait faire de doute, puisque le sang coulait de la verge et que la sonde avait ramené du sang presque pur. Étant donné le diagnostic de rupture simultanée de la rate et du rein, il était intéressant d'en voir la confirmation par la nécropsie. Je voulus conduire cette recherche comme une véritable opération, semblable à celle que j'aurais entreprise si les événements l'eussent permis.

En cette occurrence, il fallait aller au plus pressé, c'est-à-dire à la rate et compléter l'acte opératoire par une néphrectomie par voie antérieure. Telle fut la marche que je suivis pour l'autopsie.

Une incision sur le bord externe du grand droit gauche permet de voir déjà, par transparence, sous le péritoine le sang répandu entre les anses intestinales. L'abdomen est ouvert, du sang y est accumulé en grande quantité, particulièrement dans l'hypocondre gauche. On note une infiltration sous-séreuse péricolique gauche.

La rate est saisie, son pédicule sectionné, elle présente au niveau de son bord antérieur, deux déchirures qui s'allongent (étendue 2 à 5 cms) sur la face externe, et qui se réunissent sur la face interne pour constituer un large sillon traversant obliquement presque toute cette face et aboutir au pédicule vasculaire. La rate est petite, rétractée.

Sur l'incision verticale primitive, je branche une incision horizontale, le long du rebord costal gauche, on accède faci-

lement au rein gauche en décollant le péritoine pariétal. Toute la zone sous-péritonéale lombo-illiaque est infiltrée de sang jusque dans l'excavation pelvienne. La loge rénale contient une très grande quantité de sang coagulé. Le rein présente à sa partie moyenne une rupture transversale légèrement oblique dans le plan antéro-postérieur. Cette rupture intéresse les 3/4 de sa largeur au niveau du hile de telle sorte que les deux moitiés supérieure et inférieure sont réunies par une épaisseur de parenchyme d'un travers de pouce appartenant au bord externe du rein.

Le pédicule est dilacéré, mais non sectionné, on aperçoit une grosse veine rénale déchirée, oblitérée par un caillot sanguin, tandis que la portion inférieure du rein est d'un aspect normal, la portion supérieure porte la trace d'une contusion massive attestée par des fissures et des craquelures nombreuses de la substance corticale. Cette lésion est surtout prononcée pour la face antérieure de ce segment supérieur.

OBSERVATION XIII

(LÉO DRETZKA, *Surg. Gyn and Obst.*, 1930.)

Femme, 19 ans, accident automobile, douleur, contraction, météorisme, rupture de la rate et des reins droit et gauche, décès en 6 heures.

Observation ou l'on n'a agi que sur le rein

OBSERVATION XIV

(LATASTE, *Journal de Médecine de Bordeaux*, p. 389.)

Un cas de rupture du rein gauche avec broiement partiel et arrachement de la rate saine.

Le 17 mars dernier, à 5 heures de l'après-midi, on apportait à l'Hôpital des enfants, un jeune garçon de 7 ans qui

venait d'être victime d'un grave accident. Une heure auparavant, jouant sur la place des Quinconces, et, ayant grimpé sur la balustrade de pierre qui domine le quai voisin, il avait fait une chute de 3 mètres sur le dallage d'un trottoir ; des passants l'avaient relevé. On ignore de quelle façon s'était produite la chute et sur quelle partie du corps le choc avait plus particulièrement porté.

Je vis l'enfant peu après son arrivée à l'Hôpital, il était dans un état de shock très prononcé, faciès anxieux et livide, pouls misérable, à peine perceptible, battant à 150, agitation nerveuse. Il reposait en décubitus latéral droit, les membres inférieurs fortement fléchis sur l'abdomen mais acceptait volontiers le décubitus dorsal. Il accusait d'insupportables douleurs dans tout le ventre et se plaignait en outre d'une sensation croissante de froid aux extrémités. Ni vomissement, ni nausées ; pas de miction depuis le traumatisme.

En aucun point du corps on ne relevait de trace de contusion, et lorsqu'on invitait le petit blessé à indiquer le siège des plus vives douleurs, il promenait vaguement la main sur la région épigastrique. La paroi abdominale dans toute son étendue était rigide, violemment contracturée, la palpation très douloureuse paraissait l'être également en tous points. La percussion ne décelait aucune zone de matité anormale.

Rien du côté du rachis, du thorax, du crâne, des membres.

Je décidai d'intervenir immédiatement : chloroforme, laparotomie médiane, le grand épiploon et le péritoire viscéral rougeâtres présentaient de légères traces de suffusion sanguine, mais il n'y avait pas d'hémorragie intra-péritonéale appréciable. Après un rapide examen du foie, de l'estomac et de la masse intestinale, le blessé fut mis en position légèrement renversée et je dirigeai vers le pelvis mes investigations. Un fait me frappa aussitôt : entre le rectum et la vessie, une énorme masse noirâtre soulevait en dôme le péritoine pelvien. Ayant incisé transversalement la séreuse, je trouvai l'espace pelvi-sous-péritonéal encombré de caillots et de sang liquide. J'évacuai l'épanchement hémorragique, la vessie était indemne et complètement vide, le rectum également intact, les vaisseaux iliaques ne paraissaient pas lésés, mais le sang continuait à arriver abondamment par la région

lomulaire (côté gauche). Prolongeant l'incision du péritoine en dehors du côlon ilio-pelvien je décollai le péritoine postérieur et accédai sur le rein gauche. Là était la source de l'hémorragie, le pôle supérieur présentait une rupture en étoile, le reste de l'organe et le pédicule étaient intacts. Une ligature en huit au gros catgut sur le pôle rompu assura l'hémostase. Après toilette de la région, drainage et réfection du péritoine pelvien, l'abdomen fut renfermé en un seul pan au fil d'argent. La quantité de sang qu'avait perdu l'enfant peut être évaluée à 1.200 grammes environ. L'intervention avait été longue (45 minutes) en raison de la découverte tardive du siège de l'hémorragie. Malgré des injections sous-cutanées et intraveineuses de sérum artificiel faites avant, pendant, et après l'acte opératoire, malgré tous nos efforts pour soutenir le cœur et les centres nerveux, l'enfant succomba dans la nuit 5 heures après la fin de l'intervention, l'état de shock n'avait pas cessé un instant.

Autopsie. — Je constatai tout d'abord que la cavité abdominale ne renfermait pas de sang, pas d'hémorragie dans les régions sous et rétro-péritonéales ; la suture du pôle rénal avait assuré une étanchéité parfaite. Les côtes voisines de la loge rénale n'étaient pas fracturées ; la douzième côte était longue, ce qui avait pu jouer un rôle dans le mécanisme de la contusion rénale. Le pôle supérieur du rein présentait une rupture et un éclatement complet. La vessie renfermait seulement quelques gouttes d'urine sanguinolente. Le rein droit était intact et, passant en revue les différents organes, je fis la découverte suivante :

Dans la loge splénique, la rate apparaissait gravement lésée, la région hilare était le siège d'un broiement étendu et l'organe était arraché de son pédicule auquel le rattachaient seulement quelques tractus fibreux. La rate offrait d'ailleurs un volume normal et, de toute évidence, devait être saine avant le traumatisme. Un délabrement si important n'avait pas déterminé d'hémorragie, la loge splénique ne renfermait qu'une quantité insignifiante de sang et, je le répète, la grande cavité péritonéale n'en présentait que des traces.

OBSERVATION XV

(SCHONWERTH, *Deutsche Med. Woch.*, 1902, t. 25, p. 446,
in Th. de PLANSON.)

Néphrectomie, mort.

Soldat, 22 ans, reçut un coup de pied de cheval contré les côtes inférieures gauches. Douleur, puis hémorragie interne. Opération une heure et demie après l'accident. Peu de sang dans le ventre mais grande hémorragie rétro-péritonéale dans laquelle on trouve le rein gauche déchiré. Néphrectomie, tamponnement ; on termine l'opération, car la faiblesse du malade augmente beaucoup ; mort une heure après l'opération (shock).

Autopsie. — La rate arrachée de son pédicule vasculaire se trouve complètement libre dans la cavité abdominale. Le tiers inférieur de la rate est arraché et la rate présente plusieurs déchirures.

Observations ou l'on n'a agi que sur la rate

OBSERVATION XVI

(RODDICK, *Med. News*, nov. 1885, p. 581, in th. de PLANSON.)

Splénectomie, mort.

H... Violent traumatisme abdominal, signes d'hémorragie interne, fracture des dernières côtes gauches, splénectomie, mort six heures après, déchirures multiples du rein gauche.

OBSERVATION XVII

(MACKELLAR, in LEWERENZ, *Arch. fur Klin. chir.*, 1900, H. 966,
in th. de PLANSON.)

Splénectomie, mort.

H..., 57 ans. Coup de timon dans le ventre. Abdomen distendu, douloureux dans la région splénique, matité dans les

flancs, signes d'hémorragie interne. Opération trente heures après l'accident, rupture de la rate et du rein gauche, splénectomie, mort le troisième jour.

OBSERVATION XVIII

(EICHEL, *Ueber subk. traum. Bauch. in th.* de PLANSON.)

Splénectomie, mort.

Soldat, 20 ans. Deux heures après l'accident, connaissance conservée, respiration superficielle, ballonnement du ventre, douleur abdominale, matité dans le côté gauche du ventre, sang dans les urines. Laparotomie six heures après l'accident, splénectomie, mort de collapsus six heures après l'opération.

Autopsie. — Pas de nouvelle hémorragie, pas de péritonite, déchirure insignifiante au niveau du hile du rein gauche.

OBSERVATION XIX

(SENCERT (de Nancy), *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1910, p. 604, *in th.* de FERRY DE LA BELLONE.)

Rupture simultanée de la rate, du pancréas et du rein gauche. Splénectomie et pancréatomie partielle. Mort le huitième jour.

Emile A..., manoeuvre, est admis à l'Hôpital de Nancy, le 6 août 1908, à 6 heures du soir, pour une chute de 4 mètres de hauteur sur l'angle d'un wagonnet. C'est le côté gauche du corps qui a porté, pas de perte de connaissance, douleur abdominale vive.

A l'examen : pâleur, anxiété, douleur dans l'hypocondre gauche ; ni vomissement, ni selles, ni gaz, ni urine, température 36°8, pouls à 120, respiration brève et saccadée, ecchymose dans le flanc gauche, sensibilité diffuse et contracture

réflexe à la palpation, matité localisée à l'hypocondre gauche. A 6 heures du soir, pouls à 140 ; cathétérisme : on retire 300 grammes de sang pur, aggravation rapide des symptômes généraux.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale : quantité énorme de sang liquide, sans caillots ; rate en bouillie, incision de décharge transversale ; forci.pressure, puis ligature double du pédicule. Le pancréas est alors aperçu complètement sectionné au niveau de la queue de l'organe. On résèque la portion détachée et on cautérise le moignon. Gros hématome de la région prérénale que l'on respecte. Suture de la paroi, drainage avec contre-incision, deux litres de sérum.

Dans les jours suivants, température 38°, abondante sérosité, par les drains, urine rouge assez abondante. Le septième jour, pouls à 120, état général mauvais, sérosité louche par les tubes ; mort le huitième jour.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XX

(*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1911, Th. de FERRY DE LA BELLONE.)

Rupture traumatique de la rate, splénectomie, mort.

Il s'agit d'un ouvrier de 32 ans, mécanicien, qui reçoit dans le flanc gauche un fragment de fer projeté par la rupture d'un volant. Douleur dans tout l'abdomen à gauche. Il entre à l'Hôpital le 4 janvier 1911, une heure après l'accident : shock, pâleur, pouls faible à 80, douleur dans le flanc gauche exacerbée par la pression. Erosion superficielle de la peau au niveau des onzième et douzième côtes, pas de fracture. Abdomen tendu, douloureux à l'hypocondre gauche. Matité dans le flanc gauche par contracture de la paroi. Une heure et demie après la matité s'est étendue au fosse iliaque et au bassin.

Diagnostic de probabilité : rupture de la rate. Intervention trois heures après l'accident, malgré le shock, chloroforme,

éther. Laparotomie sous-ombilicale. La rate est éclatée en plusieurs morceaux. On effondre le ligament phrénosplénique et on lie en masse la transfixion le pédicule par deux fils placés à 1/2 centimètre l'un de l'autre. Toilette rapide du péritoine. Foie : légère déchirure du lobe gauche, suture et tamponnement. Suture à trois plans.

Le malade se remonte mais après six jours, anurie ; il meurt dans le coma.

A l'autopsie : adhérence fraîche fixant la grosse tubérosité de l'estomac et le côlon sur le moignon du pédicule splénique ; les ligatures du hile sont en bon état, les caillots adhèrent déjà aux parois de l'artère et de la veine sans signe d'infection.

Le rein gauche profondément déchiré est entouré d'un volumineux hématome en partie nécrosé ; le rein droit est le siège d'une hydronéphrose qui rend le parenchyme macroscopiquement absent. L'uretère replié par des adhérences n'est pas perméable, ce qui explique l'anurie et la mort. Le foie présente deux petits abcès farcis d'amibes dysentériques.

OBSERVATION XXI

(FERRARI, LAGROT et MORAND, *Journal de chir.*, 1929.)

Splénectomie, mort.

H..., 40 ans, ayant reçu cinq jours avant une grosse pierre sur l'hypocondre gauche. Hématuries durant trois jours, puis douleur abdominale, vomissements, affaiblissement progressif ; à l'entrée à l'Hôpital : fosse iliaque mate à la percussion, contracture très nette de la région ; diagnostic : rupture de la rate.

Opération : inondation péritonéale considérable, rate rompue en plusieurs morceaux, splénectomie ; transfusion sanguine ; mort le lendemain.

OBSERVATION XXII

(GUILLEMINET et PLAUCHU, *Lyon chirurgical*, 1929, mars-avril, p. 243.)

Le blessé en question est un jeune homme de 32 ans, travaillant à la gare de Vaise ; le 18 décembre, à 3 h. 30 du matin, il fut violemment serré d'avant en arrière entre deux tampons de wagons. Je fus appelé à le voir à 5 heures du matin. La situation était extrêmement grave ; le blessé assis dans son lit était d'une pâleur extrême, souffrait beaucoup, respirait superficiellement, avait les extrémités froides et un pouls à peine perceptible : autour de 140. Il avait eu peu de temps après son admission une selle spontanée, et aussi une hématurie avec aspect de sang pur mais pas très abondante.

Localement, on constatait une contracture du côté des grands droits et l'hypocondre gauche, particulièrement intense vers la base du thorax ; il y avait de petites suffusions hémorragiques sur toute la face antérieure de l'abdomen et dans les lombes ; ce qui témoignait d'un traumatisme largement réparti. Pas de fracture des côtes apparente.

En somme : tableau de contusion abdominale et d'hémorragie interne des plus graves avec atteinte certaine du rein gauche, probable de la rate et possible de l'intestin.

La probabilité des lésions viscérales multiples, et l'état lamentable du blessé imposait un certain délai d'attente consacré à une observation attentive de l'évolution des signes avant d'intervenir et pour réduire l'intervention au minimum, il fallait chercher à préciser vers quel organe il y avait lieu de se tourner.

Au bout d'une demi-heure de surveillance, il devint visible qu'il ne se développait pas d'hématome péri-rénal progressif et, par contre, l'état général d'abord un peu remonté par un traitement approprié faiblissait de nouveau.

C'est un sujet en situation des plus précaires, avec un pouls presque nul, que je fis porter sur la table d'opération. Cet homme était en train de mourir de shock et d'hémorragie ; il fallait bien essayer quelque chose.

Sous éthérisation légère, je fis une incision médiane : l'abdomen était plein de sang qui arrivait de la moitié gauche ;

avec une main je cherchai vainement la rate et, par contre, ma main passant à travers une légère brèche du diaphragme pénétra profondément dans le thorax.

Aussi vite que possible je branchai sur l'incision médiane un débridement oblique remontant vers la base du thorax, fendant les cartilages et ouvrant un peu la plèvre. J'eus ainsi un vaste jour ; j'attirai à l'extérieur la partie gauche du transverse toute infiltrée de sang, qui, avec la rate complètement éclatée, était passée dans le thorax à travers le diaphragme.

Je fis une splénectomie rapide par voie abdominale, sans utiliser la partie thoracique de l'incision. Je suturai à points séparés le diaphragme déchiré sur 10 à 12 centimètres. Pendant ce temps, le blessé syncopait et mourait sur la table d'opération, malgré toutes les tentatives de réanimation. Alors je refermai la plaie.

L'autopsie a montré qu'il existait bien aussi une rupture du rein gauche et que l'atmosphère hémorragique qui entourait le côlon et l'angle gauche était simplement due à de l'infiltration de sang sous le rein. La suture du diaphragme était satisfaisante.

OBSERVATION XXIII

(LAGROT, in *Bull. et mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, juillet 1930, p. 919.)

Splénectomie, mort.

Un homme de 52 ans tombe d'une hauteur de 12 mètres à 16 heures. Examiné à 23 heures, il présente des signes d'anémie aiguë grave.

Au niveau de l'abdomen, on constate une contracture de l'hypocondre gauche ; le flanc et la fosse iliaque gauche sont mats ; il y a une ecchymose et une tuméfaction molle de la région lombaire gauche ; hématurie abondante et répétée. On pense à une lésion associée de la rate et du rein gauche.

Sous anesthésie générale à l'éther, incision abdominale transversale gauche, inondation péritonéale ; la rate est fis-

surée au niveau du bord antérieur et du hile, son pôle supérieur est adhérent, splénectomie. Le rein gauche est examiné après décollement colo-pariétal, on ne voit pas de lésion à sa surface ; le rein droit examiné à son tour est normal ; fermeture en un plan aux fils de bronze.

Les suites opératoires sont d'abord favorables, bien que l'hématurie continue encore une dizaine de jours, mais une spléno-pneumonie apparaît qui finit par emporter l'opéré au bout de trois semaines.

OBSERVATION XXIV

(NOETZEL, *Beit. Klin Chir.* 1906, 17, p. 309.)

Splénectomie, guérison.

H..., 23 ans. Projeté hors d'une auto contre un tronc d'arbre. Douleur, contracture musculaire du côté gauche. Hématurie abondante. Opération vingt-quatre heures environ après l'accident. Rate rompue en plusieurs points, splénectomie, guérison.

OBSERVATION XXV

(BOLTON, *New-York Surg. Soc. in. Anal. of Sur.*, 1900, juin, t. 31, p. 734, in Th. de PLANSON.)

Splénectomie, guérison.

Garçon de 12 ans ; est tombé de cheval et a été piétiné au niveau de l'hypocondre gauche. Amené à l'hôpital peu après. Shock modéré, pas de fracture de côtes ; contracture abdominale ; sensibilité dans le flanc gauche, hématurie, pas de vomissement. Le malade dort bien toute la nuit. Le lendemain matin, abdomen distendu, matité dans le flanc gauche, signes d'hémorragie interne.

Opération. — La rate est divisée en deux portions à l'union de son tiers moyen et de sa partie inférieure. Splénectomie. Large hématome de la région du rein gauche. On n'y tou-

che pas. Guérison. Pas d'hypertrophie du corps thyroïde ou des ganglions lymphatiques.

OBSERVATION XXVI

(PLANSON)

Rupture traumatique de la rate. — Contusion du rein gauche. — Splénectomie. — Guérison.

Le nommé Guigniot Gabriel, âgé de 28 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, lit n° 15, le 30 août 1908, à 13 h. 30.

Un quart d'heure auparavant, se rendant à bicyclette à son travail, il a été renversé par un camion lourdement chargé, dont une des roues lui a passé sur la base du thorax, de gauche à droite.

Pas de perte de connaissance, mais douleur déchirante au niveau du côté gauche de l'abdomen. Il est amené aussitôt à l'hôpital, où nous l'examinons immédiatement, un quart d'heure seulement après l'accident. Nous trouvons le malade en état de shock assez prononcé ; immobilité absolue ; face pâle recouverte de sueurs froides ; respiration superficielle et accélérée ; pouls irrégulier rapide à 110 ou 120, selon les instants, mais assez bien frappé ; pas d'hématémèse, pas d'hémoptysie, pas d'hématurie.

A l'examen physique on note, sur la base du thorax, une série d'écorchures et de lésions superficielles indiquant nettement sur des téguments le trajet de la roue du véhicule. Fracture des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côtes droites sur une même verticale, à 11 centimètre en dedans de la ligne mamelonnaire. L'auscultation et la percussion ne décèlent pas de lésions appréciables du poumon, ni des autres organes thoraciques. L'abdomen est absolument souple et indolore en tous points. La percussion ne montre aucune zone de matité. Le malade rend devant nous, quelques instants plus tard, une selle diarrhéique et des gaz. On le laisse au repos absolu et on traite le shock par les moyens ordinaires.

Trois quarts d'heure plus tard nous revoyons le malade,

Son état général paraît meilleur ; le pouls, régulier, bien frappé, bat à 80 et la température axillaire est à 36°7. La respiration, encore superficielle, revêt très nettement le type costal supérieur. L'examen du thorax est toujours négatif, mais celui de l'abdomen permet de déceler quelques symptômes intéressants. La palpation, en effet, indolore dans toute la moitié droite de l'abdomen, révèle une douleur aiguë dans l'hypocondre gauche. Là, également, la paroi abdominale est fortement contracturée et ne se laisse pas déprimer. Partout ailleurs, au contraire, elle est souple et dépressible. La percussion fait percevoir une zone de submatité assez nette au niveau de l'hypocondre et du flanc gauches, submatité qui devient plus appréciable quand on met le malade en décubitus latéral gauche. Dans toutes les autres régions de l'abdomen, la percussion ne révèle rien d'anormal ; dans le flanc droit, cependant, la sonorité paraît légèrement exagérée. Ces symptômes d'épanchement intra-péritonéal, avec douleur et contracture localisées au cadran supérieur gauche de la paroi abdominale, nous font penser à la possibilité d'une hémorragie intraabdominale. Nous prions donc notre maître, M. Herbert, de bien vouloir examiner le malade. Celui-ci arrive vers 5 heures du soir, soit 4 heures après l'accident, et trouve le malade dans un état général relativement bon : aucun signe d'hémorragie interne, pouls toujours bien frappé et régulier à 80, pas d'abaissement de la température. Cependant, la pâleur semble plus marquée et la zone de submatité du flanc et de l'hypocondre gauches est devenue beaucoup plus manifeste.

Opération 5 heures après le traumatisme (M. Herbert) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, un flot de sang noir fait irruption au dehors ; on inspecte rapidement le foie et l'estomac, qui ne présentent aucune lésion, puis la rate, qui apparaît très fortement lésée. On branche alors une incision transversale sur la partie moyenne de la plaie primitive et l'on extériorise la rate. Celle-ci, entourée d'une masse énorme de caillots, apparaît rompue en quatre fragments de dimensions inégales, absolument indépendants les uns des autres et simplement maintenus en place par de minces pédicules vasculaires. On trouve

même de petits morceaux de rate libres au milieu des caillots dans le côté gauche de l'abdomen. On place une ligature au catgut fort sur le pédicule et on enlève la rate ainsi éclatée ; on s'aperçoit alors qu'on a pris la queue du pancréas dans la ligature ; on cautérise avec soin ce moignon pancréatique. Révision rapide des organes voisins ; suture en un seul point de la paroi abdominale ; un drain pendant quarante-huit heures ; sérum et toniques.

Suites opératoires absolument normales jusqu'au septième jour ; cependant, un peu de température (fièvre de résorption). Le septième jour, grand frisson et élévation thermique à 38°8. Les urines sont troubles, peu abondantes et laissent déposer une quantité de pus appréciable. L'exploration de la région lombaire gauche est douloureuse ; cet état se calme par l'emploi de l'urotropine. La température redescend progressivement et les urines deviennent un peu limpides. Quinze jours plus tard, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, la plaie abdominale est complètement cicatrisée, mais les urines sont encore légèrement purulentes et l'examen de la région rénale décèle la présence d'une tuméfaction régulière et douloureuse dans la fosse lombaire. Le 3 octobre, le malade quitte l'hôpital en excellent état.

(Cette observation reste douteuse au point de vue atteinte traumatique du rein ; nous l'avons rapportée cependant en raison du titre donné par son auteur.)

OBSERVATION XXVII

(*The Lancet*, 1910, p. 1421, in Th. de FERRY DE LA BELLONE)

Splénectomie, guérison.

M. Collinson montre un spécimen de rupture traumatique de la rate traitée par la splénectomie. Cette pièce provient d'un laboureur qui reçut un coup de pied de cheval dans le flanc gauche. On observa, comme symptôme, une hématurie et des signes d'hémorragie interne. La laparotomie fit découvrir une grosse hémorragie rétropéritonéale autour du rein gauche. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

(DENT, *Brit. Med. Jour.*, 1913, t. 1, p. 1054)

Splénectomie, guérison.

Garçon de 16 ans. Laparotomie en L. Splénectomie et tamponnement. Hématurie transitoire. Epanchement pleural gauche. Guérison.

OBSERVATION XXIX

(BOLTON, *New York Surg. Soc. in. Anal. of Surg.*, juin 1900, t. 31, p. 734 ; Th. de PUEL)

Splénectomie, guérison.

Garçon de 12 ans, piétiné par un cheval. Shock modéré, pas de fracture de côte ; douleur marquée dans l'hypocondre gauche, contracture abdominale, signes d'hémorragie interne. Hématurie, pas de vomissement. Vingt-quatre heures après l'accident, l'enfant présente un abdomen très distendu ; matité très nette dans le flanc gauche. Laparotomie : la rate présente une vaste déchirure au tiers moyen. Splénectomie. Hématome de la face antérieure du rein gauche. Guérison.

Observations où l'on a agi sur la rate et sur le rein

OBSERVATION XXX

(PLANSON)

*Rupture traumatique de la rate et du rein gauche.
Splénectomie, suture du rein, mort.*

Jules A..., 16 ans, entre à l'Hôpital Beaujon, salle Blandin, le 26 mai 1907, à 17 heures. Il a été renversé, il y a

environ quatre heures, par une lourde voiture de livraison dont une des roues lui a passé sur la partie supérieure de l'abdomen, transversalement de gauche à droite. Se trouve en état de shock depuis ce moment.

Examiné immédiatement après son entrée à l'hôpital, le malade présente tous les signes d'une hémorragie interne très abondante. Faciès tiré, pâleur extrême, peau et muqueuses absolument décolorées, pouls imperceptible, accélération très marquée des mouvements respiratoires, voix cassée, etc... Il se plaint d'une vive douleur abdominale, mais il n'a pas eu de vomissement et il a rendu spontanément une selle et des gaz depuis le moment de l'accident.

A l'examen, on trouve l'abdomen uniformément distendu, proéminent en avant. La palpation y est partout assez douloureuse et particulièrement dans la partie supérieure de la moitié gauche. Là, également, les muscles de la paroi sont fortement contractés, s'opposant absolument à toute palpation profonde, tandis qu'on peut aisément les déprimer dans toute la moitié droite de l'abdomen. La percussion détermine partout une sonorité tympanique, si ce n'est au niveau de l'hypogastre et des deux flancs. Là, on trouve de véritables zones de matité, variables d'ailleurs dans les changements d'attitude, la matité disparaissant dans un flanc quand on place le malade en décubitus latéral sur le côté opposé. La matité du flanc gauche paraît un peu plus prononcée et un peu plus fixe que celle du côté droit. La matité hépatique est légèrement diminuée.

Les deux régions lombaires sont absolument normales d'aspect et parfaitement indolores à la palpation, même profonde. Rétention d'urine. Un cathétérisme ramène d'abord un premier jet constitué par l'urine absolument claire, puis vient de l'urine chargée d'une grande quantité de sang, puis enfin du sang presque pur.

Diagnostic. — La douleur et la contracture localisées au côté gauche et les signes d'épanchement intraabdominal abondants, joints à l'hématurie, font porter le diagnostic de rupture du rein gauche avec possibilité d'une déchirure de la rate. L'épanchement péritonéal paraît en effet très considérable et les signes d'hémorragie interne trop marqués pour pouvoir être attribués simplement à une rupture du rein.

Opération cinq heures environ après l'accident : laparotomie médiane, partie au-dessus, partie au-dessous de l'ombilic. Dès que le péritoine est incisé, un véritable flot de sang noir et liquide inonde absolument le champ opératoire ; la cavité péritonéale est complètement remplie de sang dans ses parties déclives et partout l'intestin baigne littéralement dans le liquide sanguin. On explore rapidement la rate et on la sent complètement rompue en deux fragments à peu près égaux, maintenus simplement en place par les vaisseaux du pédicule ; on essaie alors d'amener la rate dans la plaie et, n'y réussissant pas, on se donne du jour en branchant sur l'extrémité supérieure de l'incision primitive une incision oblique parallèle au rebord costal. Tout traitement conservateur étant absolument impossible, on se décide à faire une splénectomie ; après avoir isolé la queue du pancréas, on lie donc en trois paquets distincts les vaisseaux du pédicule et on enlève la rate ; on assèche la cavité péritonéale et l'on voit alors qu'il existe, au niveau de la face antérieure du rein gauche, sous le péritoine pariétal postérieur, un épanchement sanguin considérable. On incise le péritoine pariétal en dehors du côlon descendant et l'on arrive sur le rein. On voit qu'il porte, sur sa face antérieure, deux longues déchirures assez profondes donnant lieu à un suintement sanguin peu abondant, mais continu. L'une des déchirures siège sur le pôle supérieur du rein et se dirige obliquement du bord externe vers le hile ; elle est aisément suturée à l'aide d'un seul fil de catgut ; l'autre déchirure parcourt les deux tiers inférieurs du rein à égale distance des deux bords et présente une branche secondaire se dirigeant en bas et en dehors. On la suture avec trois fils de catgut. Le suintement sanguin s'arrête complètement. On remet alors le rein en place et on suture, par dessus lui, le péritoine pariétal postérieur. On place un drain au contact de cette région et on suture en un seul plan la paroi abdominale. Sérum sous-cutané, caféine, huile camphrée. Le malade meurt dix heures après l'opération.

A l'autopsie on ne trouve pas de lésion des autres organes abdominaux ou thoraciques, pas de nouvelle hémorragie.

OBSERVATION XXXI

(PUEL, Th. de Bordeaux, 1916)

Splénectomie, suture du rein, guérison.

Le 14 février 1916, à 4 heures de l'après-midi, le blessé, Antoine A..., âgé de 22 ans, camionneur, conduisait un camion en tenant son cheval par la bride. Une charrette venant en sens inverse, il se trouve pris entre les deux véhicules. La pression, très forte, s'exerça sur les deux côtés du thorax et de l'abdomen. Malgré une douleur très vive, il arriva à se traîner. Un médecin appelé conseilla son transport à l'hôpital. Le malade était dans un état syncopal.

Examen immédiat du malade. — Admis à l'Hôpital Saint-André, salle 11 bis, A... est examiné, deux heures après l'accident, par l'interne de garde et le médecin résidant, le docteur Coiquand ; profondément shocké, pouls incomptable, les extrémités refroidies, le faciès livide, A... paraissait avoir à peine quelques heures à vivre ; la respiration était superficielle et fréquente, sans expectoration sanglante ; les urines apparaissaient franchement hémorragiques.

A l'examen, on trouve des contusions aux membres inférieurs et à la partie supérieure du thorax ; l'abdomen était excavé, avec une légère défense au niveau des hypocondres ; il est sonore à la percussion. La région lombaire droite, tendue et ecchymotique, paraît être le siège d'un épanchement ; elle est douloureuse et empâtée. Ces symptômes font penser à une déchirure du rein droit, mais, devant la gravité extrême de l'état général, on n'ose intervenir. Le malade reçoit des injections de sérum physiologique, d'huile camphrée, de caféine.

Le 15 au matin, l'état général est encore très grave. La température est au-dessous de la normale ; nausées et vomissements ; le malade ne rend ni matières, ni gaz ; un sondage vésical ramène 200 grammes d'urine sanglante. A l'examen de l'abdomen, la contracture musculaire est généralisée, mais la défense est toujours plus accentuée au niveau des

deux hypocondres. La douleur spontanée et provoquée est peu marquée ; on trouve une matité bilatérale dans les fosses iliaques ; le toucher rectal ne donne aucun renseignement. La région lombaire droite est tendue et douloureuse ; au niveau du thorax, on trouve une fracture intéressant les 9^e et 10^e côtes. La respiration s'entend jusqu'aux bases du poumon, mais très légère. On pratique, dans la journée, une injection intraveineuse de sérum de Hayem. Le 15 au soir, l'état général du malade semble meilleur ; le pouls est à 120, les vomissements ont cessé, les extrémités se réchauffent, la défense de l'abdomen devient plus accusée. La région péritonéale est sonore ; on pense à une hémorragie intrapéritonéale et probablement à une rupture du rein droit. L'intervention est alors décidée et pratiquée à 10 heures du soir par le docteur Coiquand, chef de clinique de M. le professeur Villar, faisant fonction de médecin résident.

Intervention. — Chloroforme. Laparotomie sus et sous-ombilicale. On épuise, avec des compresses, un épanchement de sang très abondant. L'estomac, le foie, l'intestin sont indemnes ; le rein droit est indemne. Au contraire, la capsule du rein gauche présente une légère déchirure linéaire qui est suturée au catgut. La rate présente, au niveau du hile et de sa face postéro-interne, qui ne paraît pas saigner bien que les vaisseaux du hile aient été atteints, une déchirure profonde. On fait rapidement la splénectomie et l'abdomen est refermé après qu'un drain, entouré d'une mèche, ait été placé dans l'hypocondre. L'intervention a duré 40 minutes. Le malade se réveille difficilement après l'intervention^e ; on pratique une injection de sérum intraveineux. S. O. : le 16 au matin, amélioration marquée, pouls à 110, température à 37°5, urines abondantes et claires, faciès reposé, le ventre est souple. On enlève la mèche placée dans l'hypocondre gauche. Les jours suivants, l'amélioration continue. Le 28, le malade fait une hématurie peu abondante qui cesse spontanément. Les fils sont enlevés le 2 mars ; le 8, on ponctionne un hémothorax droit et on retire 200 grammes de liquide sanglant. Le 29 avril, après un séjour de quarante-trois jours, il quitte la salle entièrement guéri.

OBSERVATION XXXII

(WEIR, *New York Medical Journal*, 30 mars 1889,
in Th. de LARDENNOIS)

Splénectomie et néphrectomie, mort.

II... Coup, rupture du rein gauche et de la rate. Néphrectomie et splénectomie. Mort 9 heures après.

OBSERVATION XXXIII

(WEIR, in *Battle Med. Press in Circular*, 1853, t. V, p. 403,
in Th. de PLANSON)

Splénectomie, plus néphrectomie, mort.

Jeune fille de 11 ans. Chute de 20 pieds de haut sur le côté gauche du ventre. Opération 20 heures après l'accident. Rupture de la rate et du rein gauche. Splénectomie et néphrectomie. Mort.

OBSERVATION XXXIV

(TRENDELENBURG, *Deutsche Med. Woch.*, 1899,
in Th. de PLANSON)

Splénectomie et néphrectomie, mort.

Fillette de 7 ans. Chute sous une voiture. Signes d'hémorragie interne, douleur au niveau de l'hypocondre gauche, matité dans les parties déclives, surtout à gauche ; rate complètement déchirée, rein gauche broyé, déchirure du lobe droit du foie et écrasement des lobes inférieurs des deux poumons. Splénectomie et néphrectomie gauche. Mort.

OBSERVATION XXXV

(HERMAN, *Journal de Chirurgie et Annal. de la Société Belge de Chirurgie*, n° 188, octobre 1911, in Th. de BORIES)

Rupture de la rate et du rein gauche, néphrectomie, mort.

S..., 32 ans, fait, le 17 juin 1911, à 9 heures du matin, une chute dans la cale d'un navire. Vu à midi. Shock, hématurie, douleur vive à la région épigastrique et à l'hypocondre gauche. A ce niveau, le ventre est ballonné, tympanique ; le restant du ventre est souple, non douloureux ; la région rénale gauche est modérément tendue.

Laparotomie médiane ; inondation péritonéale ; on amène la plus grande partie de la rate séparée de son pédicule ; ce dernier est ramené avec la portion de la rate restante.

On place une ligature sur le pédicule. Le rein est divisé en deux ; on enlève séparément les deux fragments. On draine les loges spléniques et rénales et on ferme le ventre.

Suites immédiates simples, mais le onzième jour se fait une fistule intestinale ; on tente la suture sans y parvenir ; le surlendemain, on pratique une résection intestinale qui se fait normalement, mais le lendemain le malade meurt subitement.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXXVI

(HENDERSON, *Boston Med. Surg. Journal*, 1920, t. 183, p. 599)

Splénectomie et néphrectomie, mort.

H..., 50 ans. Accident d'auto. Splénectomie et néphrectomie. Mort en deux heures.

OBSERVATION XXXVII

(HAUKE, *Berlin Klin. Chir.*, 1921, t. 122, p. 389)

Splénectomie et néphrectomie, mort.

H..., 50 ans. Accident de locomotive. Vu trois heures après. Fracture de plusieurs côtes, hémothorax bilatéral, rupture du rein gauche et de la rate. Mort sur la table.

OBSERVATION XXXVIII

(DEGORCE, *Bull. de la Soc. Méd. et Chir. de l'Indochine*, 1924)

*Luxation du rein gauche dans la cavité abdominale
et arrachement de la rate.*

Splénectomie et néphrectomie, mort.

Un jeune homme de 24 ans est renversé par une voiture à chevaux occupée par quatre personnes ; il tombe à plat ventre et une roue passe sur son dos au niveau de la base du thorax, de gauche à droite. On le transporte à l'hôpital. L'accident a eu lieu le matin à 11 heures. C'est seulement vingt-trois heures après, le lendemain, que le malade m'est présenté. Cet homme est à demi assis sur son lit ; il respire difficilement, ses traits expriment une angoisse extrême, le visage est pâle ; l'examen est difficile, car le blessé souffre davantage dans la position couchée et ne peut se maintenir. La base du thorax présente, en arrière et à gauche, de volumineuses ecchymoses ; les 8^e et 9^e côtes gauches sont fracturées ; le ventre est ballonné, dur, contracté ; le pouls est petit, rapide, incomptable ; la température est à 36°5 ; les urines sont légèrement teintées de sang. Le diagnostic d'hémorragie interne par lésion abdominale est porté et le blessé opéré aussitôt.

L'ouverture du ventre par incision transversale sus-ombilicale montre que le ventre est rempli de sang ; la rate, entièrement détachée de son pédicule, flotte au milieu des caillots, à sa place normale ; elle a été arrachée en masse sans être déchirée ; son volume est d'ailleurs normal. Les vaisseaux du pédicule saignent faiblement en bavant^e ; ils sont trouvés et liés sans difficulté. A côté de la rate arrachée se trouve un autre organe flottant dans la cavité abdominale : c'est le rein gauche ; son pédicule est intact, mais les vaisseaux, étirés, sont exsangues. L'artère rénale n'a plus de battements. Ce rein est rouge, congestionné, de consistance dure, de volume normal ; il est sorti de sa loge par une brèche haute de 10 centimètres environ, de direction verticale ; le pédicule est lié et le rein enlevé. La mort survient quinze heures après l'intervention.

OBSERVATION XXXIX

(F. FERRARI, LAGROT, F. MORAND, in *Journal de Chirurgie*, 1929, t. 34, p. 400)

Splénectomie et néphrectomie, mort.

Il s'agit encore d'un tamponnement par automobile. Le blessé, en état de shock, accusait une vive douleur dans le flanc gauche et il existait, dans cette région, une légère défense de la paroi. Il urinait du sang presque pur.

Diagnostic. — Rupture du rein.

L'incision de Guyon découvre, en effet, un rein gauche rompu transversalement à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs. Néphrectomie.

Mais le péritoine pariétal décollé, présentant une teinte ardoisée, on soupçonne un épanchement de sang intrapéritonéal dû peut-être à une rupture de la rate. Effectivement, celle-ci présente une déchirure verticale de son tiers inférieur. Splénectomie.

Malgré une injection de sérum artificiel, le blessé ne surmonte pas et succombe.

OBSERVATION XL

(VERGOZ, in *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, juillet 1930, p. 916)

Splénectomie et néphrectomie, mort.

R... Pierre, 22 ans, est heurté par une automobile et reçoit un choc violent à la base du thorax du côté gauche. Examiné une heure et demie après l'accident, il donne l'impression à la fois d'un grand anémié et d'un grand shocké ; ses muqueuses sont absolument décolorées, son pouls est rapide et petit, sa respiration est très accélérée. L'examen du thorax ne révèle que des plaies superficielles au niveau des dernières côtes gauches. Ni fracture de côte, ni signes de contusion thoracique. Au niveau de l'abdomen, au contraire, on

constate une défense de la paroi, surtout à gauche ; la fosse iliaque est sonore ; l'hypocondre gauche est mat.

On intervient avec le diagnostic de rupture de la rate. Anesthésie générale à l'éther. -Opéré maintenu tête déclive, incision abdominale transversale gauche. A l'ouverture du péritoine, du sang s'écoule assez abondamment. Il y a une rupture étoilée de la rate. Pas d'adhérence. Splénectomie sans difficulté, puis on étanche le sang qui est dans l'abdomen. Le péritoine pariétal postérieur apparaît saillant, soulevé par un gros hématome noirâtre, bombant surtout en dehors du côlon descendant, mais s'étendant aussi sous le côlon descendant jusque vers la ligne médiane ; on le suit presque dans la fosse iliaque. Le péritoine est fermé par un surjet serré, puis est décollé en direction de la loge rénale. Le décollement est considérablement facilité par l'hématome. La loge rénale contient d'abondants caillots, au milieu desquels on rencontre des débris du parenchyme rénal ; le pôle inférieur du rein a éclaté, le calice inférieur est ouvert. Une opération conservatrice paraît impossible. Néphrectomie. Pour abréger l'opération au maximum, on laisse une pince à demeure sur le pédicule rénal, en tassant autour d'elle quelques compresses. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Les suites opératoires sont d'abord excellentes, mais le sixième jour la température s'élève et atteint 40° ; le huitième jour, l'abdomen se ballonne et l'opéré meurt le treizième jour.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLI

(HERSEY, Providence, 1903, in thèse de PLANSON)

Splénectomie et néphrectomie, guérison.

Rupture traumatique de la rate et du rein, splénectomie et néphrectomie. Guérison.

OBSERVATION XLII

(CAPLESCO, in *Bul. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1908.)

Splénectomie et néphrectomie, guérison.

Un garçon de 14 ans a fait une chute de 6 à 7 mètres de hauteur, les conditions de la chute ne sont pas indiquées dans l'observation. Il y est dit seulement que la chute a eu pour conséquence une contusion abdominale sans plaie. Au premier examen le blessé présentait les signes suivants : douleur vive dans le flanc et l'hypocondre gauche, contracture de la moitié gauche de la paroi abdominale, vomissements, tuméfaction lombaire considérable et croissante, hématurie, signes d'hémorragie interne.

M. Caplesco diagnostique une rupture du rein et opère immédiatement. Il pratique la laparatomie latérale sous-ombilicale et constate immédiatement une tumeur sanguine bombant dans la loge rénale, sous le péritoine pariétal postérieur. Il incise cette membrane, évacue une assez grande quantité de sang, isole le rein et constate que cet organe présente une rupture incomplète du hile et des ruptures partielles sur les deux faces. On enlève le rein par néphrectomie. On constate alors que la rate est déchirée au niveau de son hile et, jugeant sa conservation impossible, on enlève la rate ; on ajoute que l'hémostase fut difficile. La loge rénale présentant des suintements. M. Caplesco y place un tamponnement de gaze stérilisée qu'il abandonna en suturant le péritoine par dessus. Il sutura ensuite l'abdomen aux fils d'argent sans drainage.

Le blessé présenta de la fièvre pendant deux jours, ce symptôme décida le chirurgien à pratiquer l'incision lombaire par laquelle il enleva la gaze abandonnée, et draina pendant quelques jours. Le blessé guérit ensuite promptement, l'auteur note qu'il a opéré aseptiquement. L'examen de sang pratiqué 6 mois après a donné une formule normale. Le blessé a eu quelques mois après l'accident une légère amygdalite qui s'est compliquée d'albuminurie légère, indiquant une susceptibilité spéciale de l'appareil rénal à l'infection.

OBSERVATION XLIII

(HENDERSON, *Boston med. and surg. journal*, 1920, t. 150-183 p. 599.)

Splénectomie et néphrectomie, guérison.

Femme; 19 ans, chute du 2^e étage, shock, contracture, matité, hématurie. Laparatomie médiane ; néphrectomie, splénectomie, rupture juxtahilaire.

OBSERVATION XLIV

(J. Roux (de Lausanne), *Revue médicale de la Suisse romande*, 1922, p. 119.)

Un cas de rupture simultanée de la rate et du rein gauche (accident d'automobile), splénectomie, néphrectomie, guérison.

C..., 43 ans, voyageur de commerce. Grippe en 1918 ; à part cela toujours en bonne santé.

Accident le 22 septembre 1921, à 20 heures. C... se trouve en motocyclette, il arrive sur un segment de route en réparation, saute de sa machine à gauche de celle-ci, au même instant un camion automobile, arrivant en sens contraire, le prend en écharpe sur la gauche. C... est jeté à terre, ne peut se relever souffrant atrocement de son flanc gauche. Le conducteur du camion le prend sur son véhicule et deux kilomètres plus loin le dépose dans un hôtel à Moudon.

C... a une selle et urine du sang. Le médecin appelé pense à une rupture du rein gauche et constate une fracture de la 11^e côte gauche.

Traitement. — Injections d'huile camphrée. C... souffre beaucoup de son flanc gauche et du ventre, ne dort pas. Le 23 septembre, à 10 heures du matin, transport en automobile à l'infirmerie d'Yverdon. Je vois le malade avec les Docteurs Christin et Chapuis, à 22 heures. Le 23 septembre, à 10 heu-

res, C... s'est évanoui pendant son transport en auto et depuis ce moment se sent de plus en plus faible. Il a uriné une fois de l'urine claire, n'a pas vomé, mais à chaque instant des renvois de gaz per os et des envies de vomir. L'abdomen s'est ballonné.

Status. — La respiration est pénible et douloureuse ; C... est pâle, mais les muqueuses sont encore suffisamment colorées, les poumons paraissent normaux. Cœur normal, pouls relativement bon ; régulier, on le sent très bien, quoique un peu hypotendu, mais ce n'est pas un pouls d'hémorragie massive, 110 pulsations à la minute. Fracture de la 11^e côte gauche. Abdomen ballonné sans être tendu ; on trouve une matité mobile comme dans les cas d'ascite. On ne sent pas de résistance anormale. La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, mais lorsqu'on relâche la main posée à plat sur l'abdomen, on provoque une douleur très vive dans tout l'abdomen (pseudo-Rovsing). La palpation de la région lombaire gauche est très douloureuse. Comme l'hypogastre est mat, on sonde la vessie, on retire 200 grammes d'urine parfaitement normale et claire. Après cela, la matité subsiste. Toucher rectal normal, auscultation de l'abdomen, silence, pas de bruit de gaz.

Nous basant sur :

- 1° La grande contusion du flanc gauche (camion) ;
- 2° L'évanouissement tardif (14 heures après l'accident) ;
- 3° Le fait que le malade se sent de plus en plus faible (bien que le pouls ne soit pas un pouls d'hémorragie net mais quand même hypotendu) ;
- 4° Le météorisme et les renvois de gaz, les nausées ;
- 5° La matité abdominale mobile,

nous décidons une laparotomie immédiate.

Narcose au mélange (chloroforme, éther), opération assistée du Docteur Chapuis et en présence du Docteur Christin. Laparotomie de 20 centimètres sus et sous-ombilical. Une grande quantité de sang s'échappe de la cavité abdominale, on constate deux déchirures à la face antérieure de la rate ; splénectomie assez difficile étant donnée l'incision, pas de lésion gastro-intestinale. Le sang venant de la région rénale gauche continue à couler. On découvre une déchirure du péritoine

pré-rénal gauche et on constate que le rein est rupturé en quatre morceaux, et que son pôle inférieur est tout à fait séparé, libre. Depuis notre incision, on ne peut songer à faire une néphrectomie, aussi après un tamponnement nous fermons la cavité abdominale sans drainage. Une incision de néphrectomie lombaire gauche classique, nous permet de faire une néphrectomie facile, une hémostase soignée. Nous retirons la gaze (tamponnement) suture de la déchirure péritonéale, fermeture de la paroi, un drain.

Post.-opérationnem. — La température n'a jamais dépassé 36,6. Plaie guérie par primum, shock pendant 48 heures, caféine, huile camphrée. Transfusion d'eau physiologique. Parésie intestinale et hoquet, 48 premières heures. Selle le 3^e jour, pas de complications pulmonaires. A toujours uriné abondamment dès le lendemain de l'opération. S'est levé le 21^e jour. A quitté l'infirmerie après 5 semaines. A perdu 2 kilos de poids.

Revu le 14 décembre 1921. Cicatrice parfaite sans éventration. C... se sent tout à fait bien portant, n'accuse aucun trouble quelconque, aucune douleur, aucune gêne, il urine chaque 24 heures 1.800 à 2.000 cm³ d'urine claire, sans sucre, ni albumine, densité 1012.

OBSERVATION XLV

(MUHSAN, *Arch. F. Klin. chir.*, 1923, C. 27, p. 415.)

Splénectomie, plus néphrectomie, guérison.

Enfant, 13 ans. Eclatement de la rate et du rein gauche

OBSERVATION XLVI

(H. K. WALLACE, *s. Missouri state Med. assoc.*
in Journal de chir., 1924, 24, p. 107.)

Splénectomie et néphrectomie, guérison.

Une enfant de 13 ans tombe d'un arbre sur le côté gauche, pâleur, shock, pouls petit, douleur dans l'hypocondre gauche,

essoufflement, hématurie, injection de morphine. Le lendemain on la transporte à plus de 100 kilomètres à l'Hôpital. L'examen révèle une anémie considérable, une respiration rapide et superficielle, purement costale, un cœur rapide et faible. L'abdomen est modérément distendu avec contracture de l'hypocondre et de la région lombaire gauche ; pas de traces extérieures du traumatisme. Le cathétérisme ramène un peu d'urine sanglante. Diagnostic probable, rupture du rein gauche.

Intervention. — Ether, laparotomie verticale, on trouve un demi-litre de sang et des caillots dans le péritoine. La rate rompue en deux fragments d'égale dimension est enlevée après ligature facile du pédicule. Un hématome volumineux soulève le péritoine de la loge rénale, on l'incise en dehors du côlon après ablation des caillots, on constate un broiement du pôle supérieur du rein gauche ; néphrectomie, tamponnement et drainage de la loge rénale. On fait sur la table d'opération du sérum intra-veineux et une transfusion de 500 cm. de sang citraté à laquelle Wallace attribue la guérison de son opérée. Sortie le 14^e jour, parfaite santé 6 mois après.

OBSERVATION XLVII

(P. GOINARD, in *Bul. et mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, juillet 1930, p. 916.)

Splénectomie et néphrectomie, guérison.

C... Mohammed, 18 ans, est pris entre un mur et une charrette tirée par deux bœufs. L'accident a lieu à 10 heures du matin, à 30 kilomètres d'Alger. La victime, amenée en charrette, arrive à l'Hôpital de Mustapha vers 18 heures.

Nous constatons en ce moment un état de collapsus extrême, pâleur intense, extrémités froides, pupilles dilatées, pouls pas très rapide autour de 100 mais très petit, respiration très accélérée. Le blessé est étendu sans mouvement, mais répond avec lucidité. Il n'y a eu ni miction ni selle depuis l'accident. Au niveau de l'abdomen, le traumatisme a

laissé une bande ecchymotique transversale à hauteur de l'ombilic. Le palper, un peu douloureux partout, indique une défense vague et diffuse. Il n'y a pas de matité bien nette dans les flancs. Le pénis est en demi-érection. Le cathétérisme ramène des urines sanglantes ; le thorax est normal. Le diagnostic peut seulement être celui de contusion de l'abdomen avec lésion rénale.

Intervention immédiate. — Une tentative d'anesthésie locale ayant échouée, anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale. Elle sera prolongée jusqu'à mi-hauteur ombilico-pubienne, puis en haut jusqu'à l'appendice xyhoïde.

La cavité péritonéale est pleine de sang rouge : 1/2 litre au moins. Le sang est étanché avec de grandes compresses abdominales ; exploration rapide du bas de l'abdomen et du foie, négative. La rate explorée à la main paraît d'abord intacte bien qu'adhérente, mais l'incision ayant été agrandie, elle apparaît séparée en deux morceaux, l'un antéro-supérieur, 1/3 environ de l'organe, le reste postéro-inférieur (c'est lui qui, au palper, faisait croire à l'intégrité de la rate). Ligature du pédicule du fragment supérieur et de trois ou quatre adhérences diaphragmatiques. Extirpation du fragment supérieur, ligature du pédicule du fragment inférieur, feuillet gastro-splénique puis pancréatico-splénique. Ce fragment, très adhérent, est décortiqué d'avant en arrière et de dedans en dehors à partir du hile. L'hémostase est parfaite, la visibilité de la coupole diaphragmatique est excellente par la longue incision médiane.

A gauche du côlon descendant, il y a un gros hématome rétro-péritonéal qui descend presque dans l'excavation. Incision du péritoine en dehors du côlon descendant et énucléation du rein à travers un tissu cellulo-adipeux déjà clivé par l'hématome. Il y a une déchirure profonde sur la face antérieure et le bord convexe. Ligature du pédicule rénal. Ligature et section de l'uretère au thermocautère et néphrectomie. La loge rénale suintant un peu est tamponnée par une mèche qui sort sur la ligne axillaire, par une contre-ouverture au-dessous de la dernière côte. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Pendant et après l'opération 500 cm³ de sérum sous-cutané. Huile camphrée tonicardiaque. A la fin de l'opération, le pouls est à 180. Immédiatement après l'opération transfusion citratée de 375 cm³.

Le lendemain l'état général est un peu meilleur ; cependant le pouls est à peine perceptible et le Pachon n'est impressionné qu'à l'humérale. Le pouls est à 120. La tension est à 11-6 avec un indice de 1/4. Une deuxième transfusion est faite avec un autre donneur universel, mais au 60^e cm³ l'opéré est pris d'agitation, son corps se couvre de sueurs : il ne répond plus aux questions qu'on lui pose, le pouls se retire tout à fait de la radiale. L'injection intra-veineuse est immédiatement interrompue et continuée sous le sein. Injection intra-musculaire d'adrénaline et de toni-cardiaque. L'opéré peu à peu se ranime.

Dès le lendemain le pouls se ralentit à 108, puis à 84, la tension remonte, la maxima est à 10, puis à 13 et 16, la minima à 6, l'indice à 5, puis à 7.9.

Pendant la convalescence est troublée d'abord par une parotide droite vers le 8^e jour que l'on est obligé d'inciser à deux reprises, ramenant du pus épais, puis par une congestion pulmonaire gauche sans gravité.

L'opéré sort au bout d'un mois et demi complètement guéri : il a été revu un an après en parfaite santé.

L'examen des pièces a montré que la rate était un peu plus grosse que normalement, la déchirure du rein atteignait le calice.

OBSERVATION XLVIII

(DUBOUCHER, *in bull. et mem. de la Soc. nat. de Chirurgie*, juillet 1930, p. 917.)

Splénectomie et néphrectomie, guérison.

M... Allen Ben Kouider, 31 ans, est pris entre un camion automobile et sa remorque. Etat de shock, pouls 84. Signes péritonéaux discrets. Souffre ; contracture à droite. Il n'y a qu'une simple vigilance de la paroi, hématurie très rouge, une tumeur lombaire se constitue progressivement.

Intervention immédiate sous une anesthésie générale à l'éther, incision de Bazy. Le péritoine est plein de sang, la rate adhérente, grosse comme deux fois une rate normale, est rompue transversalement au-dessus du hile, son pôle inférieur presque complètement détaché. Splénectomie ; la zone de libération des adhérences est tamponnée, puis le péritoine suturé en laissant passer le tamponnement. Le péritoine pariétal est décollé d'avant en arrière et la loge rénale ouverte. Le pôle inférieur du rein est libre dans un volumineux hématome, détaché par l'un des traits d'une rupture étoilée du rein. Néphrectomie. Comme il persiste un suintement en nappe on laisse dans la loge une mèche et un drain. Sous l'influence du sérum artificiel et des toni-cardiaques, l'opéré se remonte rapidement.

Guérison vérifiée 10 mois plus tard, éventration latérale.

L'examen des pièces montre que la faec postérieure du rein est divisée par 4 déchirures profondes irradiant autour du hile ; l'une de ces déchirures se voit aussi sur la face antérieure ; la plus basse a détaché complètement le pôle inférieur, 1/4 de l'organe environ.

CHAPITRE IV

Traitement des ruptures associées de la rate et du rein

Les observations précédemment rapportées mettent en évidence les particularités suivantes:

1° *Les cas où l'on s'est abstenu de toute intervention directe sur les organe lésés, se sont tous terminés par la mort: il y a là cent pour cent de mortalité;*

2° *Les cas où l'on n'a agi que sur le rein se sont aussi terminés par l'issue fatale, cent pour cent de mortalité;*

3° *Les cas où l'on n'a agi que sur la rate donnent une mortalité de 57 %;*

4° *Les cas où l'on a agi sur la rate et sur le rein donnent 50 % de mort.*

Les faits parlent d'eux-mêmes; le traitement de la rupture associée de la rate et du rein gauche ne peut être qu'un traitement chirurgical et le danger provient avant tout et le plus souvent de la rate. Une interven-

tion qui ne traite pas la lésion splénique est vouée à l'échec. La contusion du rein est de gravité variable, mais présente en général un moindre danger.

On doit avoir aussi présent à l'esprit que le blessé est toujours dans un état grave, shocké.

Les données générales de la thérapeutique à mettre en œuvre sont donc les suivantes :

1° *Remonter l'état général du blessé;*

2° *Traiter les lésions de la rate et du rein.* Ce traitement ne pouvant être au moins pour la rate que chirurgical.

Le TRAITEMENT MÉDICAL, pour être accessoire, n'en est pas moins très utile. Parmi toutes les méthodes du traitement du shock (toni-cardiaque, sérum, sérum de Normet, chauffage), une place d'honneur doit être réservée à la *transfusion du sang*, qui retire son maximum d'efficacité quand on l'a fait post-opératoire, une fois tarie la source de l'hémorragie; elle a été pratiquée par Wallace, Goinard, et elle semble avoir contribué à leurs succès de façon notable. On ne doit pas craindre de la répéter si besoin est.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL est un traitement d'urgence, on doit le mettre en œuvre le plus tôt possible. Dès l'arrivée du malade à l'hôpital, on doit tout faire pour lutter contre le shock, pour remonter le blessé et on doit savoir ne pas trop attendre, si l'affaiblissement du sujet progresse au lieu de faire place à un état général un peu meilleur.

ANESTHÉSIE

L'anesthésie idéale chez ces malades affaiblis serait l'anesthésie locale, mais elle se heurte à de véritables difficultés chez ces malades. Le diagnostic est souvent imprécis, l'exploration abdominale doit être bien complète. Goinard, chez son blessé, fait une tentative d'anesthésie locale qui échoue et doit terminer par une anesthésie générale.

La rachianesthésie serait précieuse par la facilité qu'elle donne pour l'exploration, mais elle est à rejeter sur des malades aussi affaiblis.

En sorte qu'en pratique on a recours à l'anesthésie générale à l'éther qui, pour ces cas, est peut-être la moins dangereuse des anesthésies générales.

LIGNE D'INCISION

La lecture des observations rapportées montre que la ligne d'incision adoptée a été variable avec les cas.

La simple incision médiane sus-ombilicale, sous-ombilicale est citée dans les observations 14, 29, 31, 35 47.

L'incision médiane avec débridement latéral est employée dans les observations 1, 19, 22, 26 et 30. Le débridement transversal fait par M. Guilleminet (obs. 22) va jusque sur le thorax, ouvrant la plèvre, dans le but de bien explorer le diaphragme. Dans l'observation 30, le débridement suit le rebord costal. On a fait aussi l'incision latérale le long du grand droit (obs. 12) post mortem.

D'autres auteurs ont utilisé une *incision horizontale*, type Sprengel, Bazy (obs. 23, 38, 40, 48).

On a fait aussi l'*incision lombaire* (obs. 39). Roux (obs. 44), *après avoir enlevé la rate par une incision médiane, enlève le rein par une incision lombaire.*

QUELLE EST LA MEILLEURE INCISION? Il est difficile de répondre; le mieux est de bien voir et d'enlever commodément rate et rein lésés. Il semble un peu compliqué de faire deux incisions différentes, l'une pour enlever la rate, l'autre pour enlever le rein. On sait bien pratiquer actuellement la néphrectomie par voie antérieure. A Lyon, MM. Villard, Bérard, Patel ont bien montré ses avantages. C'est bien le cas de l'employer dans les ruptures associées de la rate et du rein, puisque le rein n'est pas atteint de lésion suppurée et que l'on doit agir d'autre part dans la cavité péritonéale.

J. Quénu admet qu'une des moins bonnes incisions est l'incision verticale sur le bord externe du droit. Elle énerve le muscle, elle est vite limitée dans le sens de la hauteur. En pratique, l'incision sera menée de façon différente suivant les circonstances cliniques:

1° *Le plus souvent le diagnostic est très imprécis: on pense à une contusion abdominale, mais on ne saurait dire quel est l'organe lésé, il faut y voir clair. On fera alors la laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, qui a l'avantage de mener rapidement dans le péritoine. Si l'on reconnaît qu'il faut agir à gauche, un débridement transversal ou plutôt un peu oblique, comme celui qui fut fait dans notre observation 1, partant de l'ombilic en direction de la 10^e côte, per-*

mettra de mettre facilement à jour et sans hémostase compliquée les organes du flanc gauche;

2° *Quelquefois on pense à une lésion sur la rate, on soupçonne même lésion de la rate et du rein gauche* (exemple obs. 22); dans ces cas, une incision transversale type Sprengel-Bazy, ou peut-être encore mieux une incision de Lecène-Deniker peut donner satisfaction. Quoique le jour donné sur la cavité péritonéale laisse à désirer;

3° Enfin, en cas d'intervention pour contusion rénale, intervention souvent menée par voie lombaire, il faut craindre parfois la lésion de la rate et *inciser le péritoine pré-rénal, si besoin est.*

IL SEMBLE DONC QUE LE PLUS SOUVENT C'EST L'INCISION MÉDIANE AVEC DÉBRIDEMENT VERS LA GAUCHE QUI SERA EMPLOYÉE, DANS L'IGNORANCE OU L'ON EST DE L'ÉTENDUE RÉELLE DES LÉSIONS ET DANS LA NÉCESSITÉ D'Y VOIR BIEN CLAIR.

EXPLORATION DES VISCÈRES ABDOMINAUX

TRAITEMENT DES LÉSIONS SPLÉNIQUES

L'exploration des viscères abdominaux doit être faite avec minutie, mais aussi rapidement que possible, comme pour toutes les contusions de l'abdomen. Le péritoine ouvert, le plus souvent un flot de sang fait issue au dehors; il faut reconnaître la cause de l'hémorragie interne, explorer la rate; le palper de l'organe est souvent trompeur. Il faut la voir, et pour cela faire le débridement approprié de l'incision, si l'on a quelque raison de soupçonner que la rate est à l'origine de l'accident.

La conduite à tenir vis-à-vis de la rupture de la rate est en pratique bien simple: il faut faire la splénectomie, opération brillante et rapide qui en cas de rate mobile (cas habituel) ne donne pas lieu à des difficultés particulières.

On doit signaler que *chez l'enfant* (comme par exemple dans notre observation 1, concernant une fillette de 7 ans) on a des difficultés pour extérioriser la rate, car l'incision n'est jamais bien vaste et ne laisse pas passer la main tout entière. De sorte que l'on est conduit à extérioriser la rate par des tractions successives sur l'estomac et l'épiploon gastro-splénique.

Des observations que nous avons rapportées, aucune ne signale la possibilité d'une intervention conservatrice sur la rate, qui ne présente d'ailleurs pas un gros intérêt, l'essentiel étant d'aller vite. On pratique donc, c'est la splénectomie qui est faite.

DÉCOUVERTE ET TRAITEMENT DES LÉSIONS RÉNALES

Le rein signale d'ordinaire de lui-même ses lésions: un hématome important l'entoure, de plus on a la notion d'une hématurie qui incite à en faire l'exploration. Doit-on l'explorer systématiquement? Il ne le semble pas; seul un gros hématome, une hématurie abondante et répétée peuvent pousser à sa découverte. Comment l'explorer? La conduite suivie par les auteurs diffère un peu.

Les uns suturent le péritoine, le temps intra-péritonéal terminé, puis décollent le péritoine d'avant en arrière jusqu'à atteindre la loge rénale (obs. 40, 48).

On a ainsi l'accès extra-péritonéal sur la loge rénale par voie antérieure (Grégoire, Patel).

D'autres incisent le péritoine en dehors du côlon, décollent le côlon suivant la technique bien classique actuellement et agissent sur le rein (obs. 1, 47). On pourrait même agir alors comme dans la technique de M. Villard en unissant le péritoine pré-rénal au péritoine antérieur.

Une technique est-elle préférable à une autre? Il est certain que si l'on doit drainer la loge rénale, une technique faisant l'exclusion de cette loge est à préférer. On sera souvent guidé dans cette technique par l'incision antérieurement pratiquée de la paroi abdominale; avec la vaste incision: laparotomie médiane et débridement gauche, on doit avoir de la peine à faire un décollement très précis du péritoine après avoir suturé (suture toujours un peu délicate, même en fin d'intervention où cependant on réunit tous les éléments de la paroi abdominale). Dans ces cas l'incision du péritoine et le décollement du côlon sont de mise (obs. 1 et 47). Avec les incisions latérales portant sur le flanc gauche, le décollement est réalisable aisément, de même la suture préalable du péritoine est facile. Et le décollement semble la meilleure technique à suivre.

Le rein, entouré de son hématome, est d'ordinaire facile à découvrir, que faire en sa présence?

L'exploration du rein n'ayant montré aucune lésion, malgré la notion d'une hématurie, Lagrot (obs. 23) ne fait aucune opération sur le rein. De même Bolton (obs. 25) respecte un hématome périrénal. En pratique,

l'hématome est important. Il vaut mieux ouvrir la loge rénale et voir ce qui s'y passe.

La conduite à tenir vis-à-vis du rein ne diffère pas de ce qu'elle est classiquement dans les contusions simples de l'organe, on peut tenter la suture (obs. 30 et 31) si le pédicule n'est pas lésé, si le broiement rénal n'est pas trop étendu. Dans les autres cas, plus nombreux, on doit se résoudre à une néphrectomie. On manque de renseignements sur la valeur du rein droit qu'on palpera, si possible, pour avoir une idée de son état. La néphrectomie présentera, malgré tout, toujours un certain aléa, mais qui ne compte guère au point de vue danger immédiat, en cas de lésions graves du rein gauche (qui en compromettent d'ailleurs toujours singulièrement la fonction, d'une façon comme d'une autre (exemple obs. 19), où la mort survient par anurie sans qu'une néphrectomie eût été faite). *S'il le faut, on fera donc la néphrectomie.*

TRAITEMENT DES LÉSIONS ASSOCIÉES

Il est évident, sans vouloir y insister, que l'on est conduit à traiter les lésions associées, suture du foie s'il le faut, pancréatectomie partielle de la queue du pancréas (obs. 19), suture du diaphragme (obs. 22).

Fermeture, drainage. — La fermeture de la paroi est faite soigneusement, présentant quelques difficultés dans les laparotomies médianes avec débridement transversal.

Le drainage est compris différemment, suivant les cas.

Le drainage de la loge splénique est en général inu-

tile. L'hémostase est bonne et le sang intra-abdominal se résorbe sans accident. Cependant, si l'on a dû rompre des adhérences dont le suintement persiste, un petit tamponnement peut être utile (obs. 48).

Le drainage de la loge rénale semble-t-il nécessaire en raison du décollement occasionné par l'hématome, qui n'est jamais évacué d'emblée dans sa totalité? Parfois un léger suintement persiste à la fin de l'intervention, il faut l'arrêter par un tamponnement. On ne saurait actuellement laisser un tamponnement « perdu » à la gaze, comme le fit Caplesco (obs. 42). Le drainage de la région lombaire apparaît tout naturel si on a fait un décollement du péritoine. Il est réalisable aussi même sans ce décollement, ou encore par une contre-ouverture, sur la ligne axillaire (obs. 47).

Nous avons envisagé naturellement et la conduite de l'intervention conjuguée sur la rate et le rein par la voie abdominale. Les cas où l'on a agi par la voie lombaire étant beaucoup plus exceptionnels.

Traitement post-opératoire. — Le traitement post-opératoire doit avoir en vue de lutter énergiquement contre les phénomènes de shock, toujours très marqués; rappelons l'utilité vitale qu'il peut y avoir à faire une transfusion de sang pouvant sauver le blessé.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Nous avons vu la mortalité de cent pour cent que donnent ces lésions abandonnées à elles-mêmes. Seul le traitement chirurgical peut donner quelque chose.

Ce sera le plus souvent l'association de la splénectomie et de la néphrectomie.

Il est des classes bien tranchées de cas :

a) *Ceux où l'on est battu, quoiqu'on fasse, par l'étendue des lésions, rupture associée du foie, du pancréas, du diaphragme, de l'autre rein, du crâne, etc..., avec graves phénomènes de shock;*

b) *Ceux où seule la rate présente des lésions dangereuses, le rein manifestant ses lésions par une petite hématurie et même un léger hématome;*

c) *Ceux où la rate et le rein nécessitent un traitement énergique: cas vraiment intéressants où l'on peut avoir des succès, à condition de prendre assez tôt une décision et de faire une opération correcte, ce sont surtout ces cas que nous avons envisagés.*

Conclusions

I. — Les ruptures de la rate et du rein gauche, sans être très fréquentes, ne sont pas exceptionnelles. Nous avons pu en réunir 48 observations. Elles concernent des sujets jeunes le plus souvent, sans antécédent pathologique important, mais victimes d'un traumatisme considérable.

II. — Les lésions de la rate sont toujours très marquées, incompatibles avec la conservation de l'organe au cours d'une intervention ; elles s'accompagnent d'une hémorragie intra-péritonéale abondante et précoce. Les lésions du rein sont de gravité variable, souvent moindre que les lésions spléniques. D'autres organes peuvent être lésés simultanément (côtes, foie, rein droit, pancréas, diaphragme, etc...).

III. — Cliniquement, les phénomènes de shock sont toujours très intenses: on note des douleurs spontanées abdominales, de la douleur provoquée au palper et de la contracture de la paroi abdominale qui, localisée dans l'hypocondre gauche, peuvent faire soupçonner la lésion splénique. L'hématurie est le signe révélateur habituel de la lésion du rein. Le diagnostic n'est

souvent fait avec certitude qu'au cours de l'intervention. Le pronostic est très grave (66 % de mortalité).

IV. — L'étude des observations met en évidence les particularités suivantes :

a) Les cas où l'on s'est abstenu de toute intervention directe sur les organes lésés, se sont tous terminés par la mort;

b) Les cas où l'on n'a agi que sur le rein se sont aussi terminés par la mort;

c) Les cas où l'on n'a agi que sur la rate donnent des guérisons et des morts;

d) Les cas où l'on a agi sur la rate et sur le rein donnent la plus faible mortalité, qui reste encore à 50 % des cas.

V. — Le traitement de ces graves lésions doit être chirurgical. Une incision abdominale, le plus souvent médiane (en raison de l'incertitude du diagnostic), débridée vers la gauche, permet de traiter les organes lésés: d'ordinaire par splénectomie et néphrectomie (plus rarement suture du rein), mais il reste des cas nombreux au-dessus de toute thérapeutique chirurgicale, du fait de la multiplicité des lésions, outre celles qui atteignent la rate et le rein gauche.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, BÉRARD.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 13 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- BORIES. — Des indications opératoires dans les ruptures traumatiques du rein. *Thèse de Paris*, 1911-1912.
- CAPLESCO. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1908, p. 1171.
- CHAVANNAZ et GUYOT. — Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère. *Traité de Chirurgie*, 1913.
- DEGORCE. — *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine*, 1924, t. II, p. 73.
- DESJACQUES. — Contribution à l'étude des ruptures de la rate et en particulier des ruptures associées de la rate et du rein gauche. *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1930.
- DRETZKA. — *Surg. gyn. and obst.*, 1930.
- DUBOUCHER. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. LVI, n° 23, p. 918.
- FERRARI, LAGROT, MORAND. — Ruptures traumatiques de la rate. *Algérie Médicale*, 1928, p. 147.
- FERRY DE LA BELLONE. — Contribution à l'étude des ruptures de la rate et de leur traitement par la splénectomie. *Thèse de Lyon*, 1912.
- GOINARD. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. LVI, n° 23, p. 916.
- GUILLEMINET. — *Lyon Chirurgical*, 1929, mars-avril, p. 243.
- LAGROT. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. LVI, n° 23, p. 916.
- LARDENNOIS. — Contribution à l'étude des contusions, déchirures et ruptures du rein. *Thèse de Paris*, 1907-1908.
- LATASTE. — Un cas de rupture du rein gauche avec broiement partiel et arrachement de la rate. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1914, t. XLIV, p. 389.

- MORESTIN. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1908, p. 1171.
- PLANSON. — Etude sur les contusions et les ruptures traumatiques de la rate. *Thèse de Paris*, 1909.
- PUEL. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la rate et de leur traitement. *Thèse de Bordeaux*, 1916.
- QUENU. — Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de la rate avec hémorragie en péritoine libre. Masson et Cie, Paris, 1926.
- ROCHER. — Un cas de rupture simultanée du rein et de la rate. *Journal de Médecine de Bordeaux*, février 1918.
- ROUX. — Un cas de rupture simultanée de la rate et du rein gauche. *Revue Médicale de la Suisse romande*, 1922, p. 119.
- VERGOZ. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. LVI, n° 23, p. 918.
- VANVERTS. — *Thèse de Paris*, 1897-1898.
- ZEMBICKI. — *Société d'anatomie*, 1872.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I	13
Etiologie	13
Anatomie pathologique	16
CHAPITRE II	
Etude clinique	21
CHAPITRE III. — Observations.....	33
CHAPITRE IV. — Traitement des ruptures associées de la rate et du rein.....	71
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



